RAPPORT ANNUEL de gestion

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

2008-2009

Québec

RAPPORT ANNUEL de gestion

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

2008-2009

Présenté à la séance ordinaire du conseil d'administration
du 1er octobre 2009

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction régionale de la planification, des affaires corporatives, des communications et de l'Infocentre

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, à condition de mentionner la source.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, s'adresser à :

Isabelle Lindsay
Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7
Téléphone : 418 525-1500, poste 250
Courrier électronique : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté dans la section « Documentation » du site Internet de l'Agence, à l'adresse www.rrsss03.gouv.qc.ca.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009
Santécom

ISBN : 978-2-89616-087-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89616-088-4 (version PDF)

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE

C'est avec plaisir et fierté que nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2008-2009 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Cette année en fut une de développement et de consolidation de l'offre de service. Notre région a maintenu ses efforts afin de faire de l'accès aux services de santé et aux services sociaux une priorité d'action.

Poursuite du développement des services de première ligne

Tout au cours de l'année, l'Agence a poursuivi le déploiement des services médicaux de première ligne par l'implantation de groupes de médecine de famille (GMF) et de cliniques-réseau. Sept nouveaux GMF ont ainsi amorcé leurs activités, pour atteindre un total de 26 GMF et un peu plus de 280 000 personnes inscrites. Deux projets sont en chantier et deux autres cliniques médicales ont manifesté leur intérêt à devenir GMF. Rappelons qu'à terme, nous visons un total de 30 GMF, couvrant tout le territoire de la Capitale-Nationale. En parallèle, ce sont deux cliniques-réseau de plus qui s'ajoutent cette année aux trois cliniques déjà existantes. Deux autres projets sont à l'étude et nous visons d'ici mars 2010 un total de huit cliniques-réseau pour l'agglomération de Québec et deux pour les territoires de Portneuf et Charlevoix. L'efficacité des cliniques-réseau a de plus été démontrée, la prise en charge des patients par les infirmières, l'inscription non obligatoire pour le sans rendez-vous et la prise en charge de plus de 2 000 patients vulnérables orphelins constituant quelques avantages à la formule proposée par les cliniques-réseau.

Fort de l'expérience vécue aux urgences du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, le modèle d'une équipe de liaison spécialisée en dépendance sera aussi implanté à l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise. Formées d'infirmières du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV), ces équipes assurent un dépistage directement sur le terrain et une meilleure prise en charge des clientèles qui présentent des problèmes de dépendance et de santé mentale.

En outre, nous poursuivons nos efforts pour éviter les débordements dans les salles d'urgence. Plusieurs mesures ont été mises en œuvre : lits d'hébergement transitoires, achat de places en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privé et en milieu privé non institutionnel, prise en charge précoce aux urgences de personnes âgées vulnérables et accroissement des efforts en maintien à domicile. Ces mesures ont certes donné des résultats, mais des efforts supplémentaires demeurent à faire. Le manque et l'absence de ressources médicales ont également forcé la région à diminuer à certains endroits l'offre de service à l'urgence. C'est le cas à l'Hôpital Chauveau et à l'Hôpital Jeffery Hale. Par souci d'efficacité, les services d'urgence de ces établissements ont donc été concentrés sur les plages horaires les plus fréquentées par la population, soit le jour et le soir.

Puis, 2008-2009 constitue la première année complète de fonctionnement du mécanisme d'accès à la chirurgie, qui garantit aux patients un délai maximum pour subir une opération chirurgicale. Près de 95 % des patients opérés au cours de la dernière année l'ont été en moins de 6 mois, tout type de chirurgies confondu, une proportion qui se situe au-delà des cibles ministérielles. Le nombre de patients hors délai a aussi continué à diminuer pour plusieurs types d'interventions chirurgicales. Par rapport à l'année de référence 2002-2003, 2008-2009 aura ainsi permis d'effectuer 196 chirurgies de la hanche supplémentaires, pour un total de 610 opérations et 402 chirurgies du genou de plus, pour un total de 837 chirurgies. Puis, le nouveau Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) de l'Hôpital du Saint-Sacrement continue d'obtenir des résultats spectaculaires avec ses 8 533 chirurgies de la cataracte réalisées au cours de l'année, soit 2 704 opérations de plus que l'année de référence 2002-2003.

Par ailleurs, plusieurs autres secteurs d'activité ont amélioré leur performance et l'accès à leurs services. Les résultats notés dans les secteurs de la déficience physique, de la déficience intellectuelle et de la jeunesse ont de nouveau atteint les cibles fixées. En santé mentale, la création d'un département unifié de psychiatrie, sous la responsabilité de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), et l'implantation complète des guichets d'accès en santé mentale permettent une répartition équitable des effectifs, une utilisation plus judicieuse des services spécialisés et une amélioration de l'accès pour les services de proximité.

Plusieurs grands chantiers immobiliers

La dernière année a de plus permis de compléter les travaux importants d'agrandissement et de rénovation de l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Ce chantier s'est déroulé dans un contexte particulier, puisque les travaux devaient s'effectuer dans les locaux existants tout en maintenant les services aux usagers de l'établissement.

Notons également la construction du nouveau Centre d'hébergement Saint-Charles à Limoilou et la rénovation progressive des unités de soins de l'IUSMQ. Puis, le transfert de la deuxième phase de la réorganisation régionale du CUO, l'ouverture de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital du Saint-Sacrement ainsi que l'inauguration de la première maison de naissance de la région dans l'arrondissement de Limoilou, sont quelques autres faits saillants de 2008-2009.

Les dossiers marquants de l'année

À la suite de l'entrée en vigueur en 2007 du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées, une bonne partie de l'année a été consacrée à la mise en place du processus de certification auprès des résidences concernées.

En santé publique, plusieurs éléments ont notamment marqué l'année : la parution du Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale, qui dresse somme toute un bilan positif sur la santé de la population de notre région avec quelques points d'amélioration et des défis à réaliser; le lancement de l'initiative Bébés allaités : bienvenus dans nos lieux publics, qui sensibilise les endroits publics à l'importance d'accueillir les femmes qui allaitent; la diffusion du bilan de l'évolution du programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION depuis son implantation dans la région en 2002; le 10e anniversaire du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, marqué par un événement spécial et une nouvelle campagne de promotion et d'information; l'introduction du programme de vaccination contre le virus du papillome humain chez les jeunes étudiantes de niveau primaire et secondaire, pour prévenir le cancer du col de l'utérus et finalement, le dépôt des travaux d'évaluation du risque de l'intrusion de vapeurs de trichloréthylène dans l'air intérieur de certaines résidences de Shannon.

L'enjeu de la main-d'œuvre toujours présent

Le défi de la main-d'œuvre demeure toujours très préoccupant, puisque l'on dénote dans l'ensemble du réseau une pénurie de ressources humaines dans plusieurs métiers de la santé et des services sociaux. Pour faire face à ce défi constant, nous avons développé un partenariat avec le réseau de l'éducation afin de mettre en place un projet de planification de la main-d'œuvre. De plus, l'Agence et les établissements de la région ont travaillé conjointement à une campagne de promotion des métiers de la santé auprès des jeunes du secondaire, dont les résultats ont contribué à une augmentation du nombre d'inscriptions dans les programmes de santé et de services sociaux des institutions scolaires.

En définitive, nous profitons de l'occasion pour remercier les quelque 33 000 employés du réseau de la santé et des services sociaux de notre région et les employés de l'Agence puisqu'ils constituent les artisans de toutes les réalisations de l'année. Vous consacrez au quotidien temps et efforts pour améliorer l'accès et la continuité des services pour toute la population de la Capitale-Nationale. Bien qu'il y ait encore des défis importants à relever, nous avons, ensemble, encore marqué des points au cours de la dernière année et pouvons collectivement faire encore plus pour améliorer l'offre de services de santé et de services sociaux pour la population de notre région.

Bonne lecture à tous!

Jean-Marie Bouchard
Président

Michel Fontaine
Président-directeur général

DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2008-2009 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale :

- ✓ décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- ✓ présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- ✓ présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

Michel Fontaine
Président-directeur général

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES 9

1. PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE 13
   - 1.1 MISSION 15
   - 1.2 PLAN D'ORGANISATION 16
   - 1.3 CONSEIL D'ADMINISTRATION 17
   - 1.4 ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS 18
   - 1.5 ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES SUPRARÉGIONAUX 18
   - 1.6 ÉTABLISSEMENTS AYANT UNE MISSION RÉGIONALE 18
   - 1.7 CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES ET INSTITUTS 19
   - 1.8 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE 19
   - 1.9 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE 19
   - 1.10 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE DE LA CAPITALE-NATIONALE 20
   - 1.11 COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE 21
   - 1.12 COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE LA CAPITALE-NATIONALE 21
   - 1.13 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA CAPITALE-NATIONALE 23
   - 1.14 EFFECTIFS 23
   - 1.15 POLITIQUE RELATIVE AU HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL 24
   - 1.16 PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS 24
2. ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 25
   - 2.1 ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 27
   - 2.2 PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE 27
   - 2.3 SANTÉ PUBLIQUE 29
   - 2.4 SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE 30
   - 2.5 PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT – SERVICES DANS LE MILIEU DE VIE 32
   - 2.6 DÉFICIENCE PHYSIQUE 34
   - 2.7 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 36
   - 2.8 JEUNES EN DIFFICULTÉ 38
   - 2.9 DÉPENDANCES 40
   - 2.10 SANTÉ MENTALE 41
   - 2.11 SANTÉ PHYSIQUE 45
   - 2.12 LUTTE AUX INFECTIONS 57
   - 2.13 DÉVELOPPEMENT DE L'ADAPTATION ET DE L'INTÉGRATION SOCIALE 65
   - 2.14 HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES 67
   - 2.15 TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS 69
   - 2.16 PAUVRETÉ, DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DES COMMUNAUTÉS 70
   - 2.17 MALADIES INFECTIEUSES 71
3. AUTRES RÉSULTATS D'IMPORTANCE 73
   - 3.1 MISE EN ŒUVRE DES PROJETS CLINIQUES 75
   - 3.2 PORTRAIT DE SANTÉ DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE 2008 75
   - 3.3 INITIATIVE BÉBÉS ALLAITÉS : BIENVENUS DANS NOS LIEUX PUBLICS 76
   - 3.4 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION 76
   - 3.5 PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN – 10^{E} ANNIVERSAIRE 77
   - 3.6 VACCINATION CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH) 78
   - 3.7 INTRUSION DE VAPEURS DE TRICHLOROÉTHYLÈNE (TCE) DANS L'AIR INTÉRIEUR DE CERTAINES RÉSIDENCES DE SHANNON 78
   - 3.8 COMITÉ DE PILOTAGE – AGRÉMENT DES AGENCES 79
   - 3.9 PROCESSUS DE CERTIFICATION DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES 79

3.10 BILAN GÉNÉRAL DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION DES ADMISSIONS EN SOINS DE LONGUE DURÉE 79
3.11 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (SPU) 81
3.12 SÉCURITÉ CIVILE SOCIOSANITAIRE 82
3.13 SERVICES À LA CLIENTÈLE 83
3.14 PLAINTES 83
3.15 RÉORGANISATION DES LABORATOIRES 84
3.16 CIRCUIT DU MÉDICAMENT 85
3.17 COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS 85
3.18 SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE 86
3.19 DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC 87
3.20 STRATÉGIE RÉGIONALE DE MAIN-D'ŒUVRE ET PLANIFICATION DE MAIN-D'ŒUVRE 87
3.21 TECHNOCENTRE RÉGIONAL 88
3.22 PLAN RÉGIONAL D'INFORMATISATION 89
3.23 L'ESPACE DES CITOYENS/SANTÉ ET BIEN-ÊTRE (QUÉBEC) 90
3.24 FORUM DE LA POPULATION 90
4. DONNÉES FINANCIÈRES 91
4.1 DONNÉES FINANCIÈRES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION ET AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE 93
4.2 RAPPORT DE LA DIRECTION 103
4.3 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR EXTERNE ET ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS DE L'AGENCE 104
4.4 NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS — EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009 117
5. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, DES PARTENAIRES, DES GESTIONNAIRES ET DES EMPLOYÉS 127
5.1 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, DES PARTENAIRES, DES GESTIONNAIRES ET DES EMPLOYÉS 129
ANNEXE 1 LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE 139
ANNEXE 2 LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE 141
ANNEXE 3 LISTE DES MEMBRES DE LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE DE LA CAPITALE-NATIONALE 142
ANNEXE 4 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE 143
ANNEXE 5 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE LA CAPITALE-NATIONALE 145
ANNEXE 6 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA CAPITALE-NATIONALE 146
ANNEXE 7 LISTE DES CLINIQUES-RÉSEAU 147
ANNEXE 8 LISTE DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE 147
ANNEXE 9 SERVICES INFO-SANTÉ CLSC – NOMBRE D'APPELS TRAITÉS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE 148
ANNEXE 10 PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ 149
ANNEXE 11 PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE 153
ANNEXE 12 LISTE DES SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE 153
ANNEXE 13 TRANSPORTS AMBULANCIERS EFFECTUÉS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE 154
ANNEXE 14 PRIX D'EXCELLENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - ÉDITION 2008-2009 155
ANNEXE 15 PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 156

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

ABA :	Approche behaviorale appliquée
AERDPQ :	Association des établissements de réadaptation en déficience physique
AETMIS :	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AMP :	Activités médicales particulières
ATI :	Approche territoriale intégrée
AVC :	Accident vasculaire cérébral
BAPE :	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
BCM :	Bilan comparatif des médicaments
CAM :	Comité analyse de milieu
CAPVISH :	Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap
CAT :	Centre d'abandon du tabagisme
CCSC :	Centre de communication santé des Capitales
CCVT :	Chirurgie cardiaque vasculaire et thoracique
CDD :	Centre de dépistage désigné
CDJ :	Chirurgie d'un jour
CEPI :	Préceptorat et mentorat
CH :	Centre hospitalier
CHA :	Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
CHRG :	Centre hospitalier Robert-Giffard
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUL :	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIR :	Commission infirmière régionale
CIRRIS :	Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale
CJQ :	Centre jeunesse de Québec
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMA :	Cliniques médicales associées
CMD :	Catégorie majeure de diagnostic
CMS :	Centres médicaux spécialisés
CMuR :	Commission multidisciplinaire régionale
COMUR :	Comité de mesure d'urgence régional de Charlevoix
CPE :	Centre de la petite enfance
CRDIQ :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
CRLA :	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
CRSP :	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CRUV :	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CTAQ :	Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec
CUO :	Centre universitaire d'ophtalmologie
DEA :	Défibrillateur externe automatisé
DGA :	Directeurs généraux adjoints
DI :	Déficience intellectuelle
DMS :	Durée moyenne de séjour
DNU :	Direction nationale des urgences
DP :	Déficience physique
DPAPA :	Direction des personnes âgées en perte d'autonomie
DRMG :	Département régional de médecine générale
DRRC :	Dépôt régional de résultats cliniques
DRSP :	Direction régionale de santé publique
DSI :	Direction des soins infirmiers

DSP : Direction des services professionnels

DSQ : Dossier de santé du Québec

EEP : Étude d'électrophysiologie

EESSAD : Entreprises d'économie sociale de soutien à domicile

E-SMAF : Logiciel du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

ETC : Équivalent temps complet

ETP : Équivalent temps partiel

FA : Fibrillation auriculaire

FMSQ : Fédération des médecins spécialistes du Québec

GESTRED : Système de suivi de gestion et de reddition de compte

GFR : Gestion des fonds régionalisés

GMF : Groupe de médecine de famille

GPS : Système de géolocalisation

HD : Hors délais

HDQ : L'Hôtel-Dieu de Québec

HEJ : Hôpital de l'Enfant-Jésus

HPS : Heures de prestation de services

HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise

HSS : Hôpital du Saint-Sacrement

IAIC : Infrastructure d'accès à l'information clinique régionale

ICAA : Institut canadien des comptables agrées

ICI : Intervention comportementale intensive

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPM : Index patient maître

IPPAP : Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires

IPS : Infirmières praticiennes spécialisées

IRDPQ : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

IRIS-RUQ : Infostructure de recherche intégrée en santé - Réseau universitaire de Québec

ISAR : Infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation

ITIL : Implantation d'un programme d'amélioration continue des services informatiques

ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec

LPJ : Loi la protection de la jeunesse

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

LSSSS : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*

MDSA : Moniteur défibrillateur semi-automatique

MEL : Modules évaluations-liaisons

MGF : Manuel de gestion financière

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NEC : Note d'évolution clinique

NIU : Numéro d'identification unique

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORIIQ : Ordre régional des infirmiers et infirmières du Québec

PACS-SIR : Dictée numérique radiologique

PACT : Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté

PAE : Programme d'aide aux employés

PAJT : Programme accès jeunesse en toxicomanie

PALV : Perte d'autonomie liée au vieillissement

PAMTA : Programme d'administration des médicaments par les techniciens ambulanciers

PCFI : Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières

PCGR : Principes comptables généralement reconnus

PECA : Programme d'évaluation et de coordination des admissions

PFT : Programme fonctionnel et technique

PIQ :	Protocole d'immunisation du Québec
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRASAT :	Progiciel d'assurance-salaire et d'accident du travail
PREM :	Plan régional d'effectifs médicaux
PSI :	Plan de services individualisé
PTE :	Plan triennal des équipements
PTG :	Prothèse totale du genou
PTH :	Prothèse totale de la hanche
PTI :	Plan thérapeutique infirmier
RAMQ :	Régie d'assurance maladie du Québec
RFI :	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI :	Ressources intermédiaires
RID :	Répertoire d'imagerie diagnostic
RMD :	Révision de la médication à domicile
RNI :	Ressources non institutionnelles
RQCT :	Réseau québécois de cardiologie tertiaire
RREGOP :	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF :	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE :	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RTSS :	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
SAD :	Soutien à domicile
SARDM :	Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments
SBF-R :	Système budgétaire financier régional
SGAS :	Système d'information pour la gestion de l'accès aux services
SIDEP :	Service intégré de dépistage et de prévention
SIMASS :	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés
SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIR :	Système d'information radiologique
SISPUQ :	Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec
SIU :	Système d'information sur l'usager
SPGGR :	Saines pratiques de gestion généralement reconnues
SPU :	Service préhospitalier d'urgence
SRVD :	Spécialité en réadaptation en déficience visuelle
TAP :	Technicien ambulancier / paramédic
TBIG :	Tableau de bord des indicateurs de gestion
TCC :	Traumatisme craniocérébral
TCE :	Trichloroéthylène
TCR :	Technocentre régional
TDM :	Tomodensitométrie
TED :	Trouble envahissant du développement
TIBD :	Traitement intensif bref à domicile
TRCDMS :	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
UCDG :	Unité de courte durée gériatrique
UMF :	Unité de médecine familiale
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VHC :	Virus de l'hépatite C
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH :	Virus du papillome humain

1. PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

1.1 MISSION

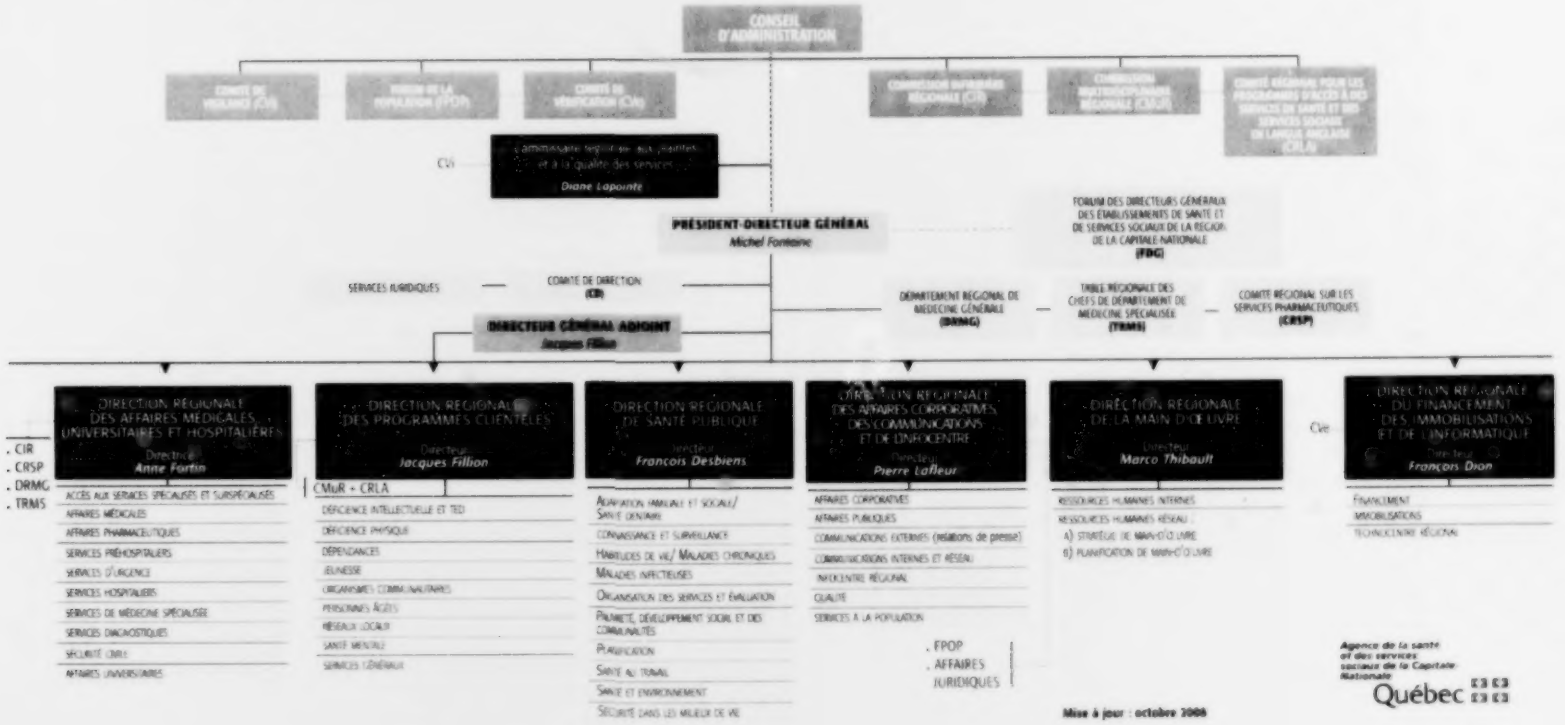
Essentiellement responsable de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Capitale-Nationale, l'Agence a été instituée afin d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région et d'allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires. Elle doit s'assurer que les usagers reçoivent une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi.

L'Agence doit aussi mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes, évaluer l'état de santé et de bien-être de la population, déceler les besoins et définir l'offre de service sur le territoire, s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau, s'assurer du respect des droits des usagers, évaluer la performance du réseau de la Capitale-Nationale et rendre compte de l'incidence des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

De plus, elle doit soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès d'eux pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population, concevoir des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapter à leurs particularités, prévoir des moyens d'informer la population sur les services régionaux et connaître la satisfaction des usagers concernant ces services.

L'Agence couvre un territoire d'une superficie de 18 639 kilomètres carrés, soit la grande région de la Capitale-Nationale incluant les territoires de Charlevoix et de Portneuf, qui comprend 69 municipalités et 669 316 personnes. L'Agence couvre également tout l'est de la province pour les soins et les services hospitaliers surspécialisés, ce qui a pour effet de porter son bassin de clientèle à 900 000 personnes. Elle doit donc coordonner les services de sa région avec ceux offerts dans les régions de l'Est.

1.2 PLAN D'ORGANISATION



1.3 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Membres du conseil d'administration

Bergevin, Ginette (vice-présidente)	Milieu communautaire, Québec (Québec)
Blouin, Yves	Membre coopté – Secteur public de l'enseignement, Québec (Québec)
Bouchard, Jean-Marie (président)	Compétence en gestion, Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Desrosiers, Guy	Organismes socioéconomiques, Québec (Québec)
Filteau, André	Organismes socioéconomiques, Cap-Santé (Portneuf)
Fontaine Michel (secrétaire)	Président-directeur général de l'Agence, Québec (Québec)
Harvey, Diane	Compétence en gestion – CSSS ou CHSLD, Baie-Saint-Paul (Charlevoix)
Houde, Andrée	Comité des usagers des établissements, Québec (Québec)
Michaud, Réal	Membre coopté – Compétence en gestion, Québec (Québec)
Morin, Sylvie	Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale (CMuR), Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Parent, Jean-François	Secteur public de l'enseignement, Québec (Québec)
Petit, Suzanne	Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale (CIR), Vieille-Capitale (Québec)
Piché, Christiane	Université Laval, Neuville (Portneuf)
Piedboeuf, Bruno	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale (TRCDMS), Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Robitaille, Michel	Département régional de médecine générale (DRMG), Québec (Québec)
Savard, Sylvie	Milieu syndical, Saint-Nicolas (Chaudière-Appalaches)
Walling, Helen	Membre coopté – Comité des usagers des établissements, Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)

1.4 ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mission	Nombre	Total
Établissements publics		13
✓ Centres de santé et de services sociaux	4	
✓ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation	1	
✓ Centres de réadaptation	3	
✓ Centres d'hébergement et de soins de longue durée	1	
✓ Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	3	
✓ Centre hospitalier de soins psychiatriques	1	
Établissements privés conventionnés		9
Établissement privé conventionné spécifique		1
Établissements privés non conventionnés		5

1.5 ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES SUPRARÉGIONAUX

- ✓ Centre hospitalier universitaire de Québec
- ✓ Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
- ✓ Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale – Centre antipoison du Québec
- ✓ Institut universitaire en santé mentale de Québec
- ✓ Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
- ✓ Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (institut social dans le secteur de l'intégration des personnes handicapées)

1.6 ÉTABLISSEMENTS AYANT UNE MISSION RÉGIONALE

- ✓ Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
- ✓ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
- ✓ Centre jeunesse de Québec (institut social dans le secteur des jeunes ayant des problèmes de comportement)
- ✓ Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's (établissement ayant une désignation pour la population de langue anglaise)

1.7 CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES ET INSTITUTS

- ✓ Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) : Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital du Saint-Sacrement
- ✓ Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) : Centre hospitalier de l'Université Laval, Hôpital Saint-François d'Assise et L'Hôtel-Dieu de Québec
- ✓ Centre jeunesse de Québec
- ✓ Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale – centre *affilié* universitaire
- ✓ Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)
- ✓ Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
- ✓ Institut universitaire en santé mentale de Québec

1.8 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE[1]

La Commission infirmière régionale (CIR) a tenu quatre rencontres au cours de l'année 2008-2009. Voici les principaux sujets qui ont été discutés :

- ✓ la mise en place d'une table des directrices et directeurs des soins infirmiers;
- ✓ une tournée de l'ensemble des structures de gouverne de l'Agence portant sur l'introduction du Plan thérapeutique infirmier et sur le développement de la profession d'infirmière praticienne spécialisée;
- ✓ la réalisation d'une formation à l'intention des infirmières auxiliaires pratiquant au bloc opératoire (en collaboration avec le Centre de formation professionnelle Fierbourg);
- ✓ le développement d'un dossier de promotion de la pratique infirmière en santé mentale;
- ✓ le développement d'un avis sur le Plan d'action régional de santé publique;
- ✓ le développement de la profession d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) en cardiologie, en néphrologie et en soins de première ligne;
- ✓ les différents programmes liés à l'actualisation des connaissances et au développement de la pratique pour les jeunes infirmières (CEPI, préceptorat et mentorat).

1.9 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE[2]

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a participé, par l'intermédiaire de sa représentante, aux séances du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Elle a aussi amorcé un processus de réflexion ayant pour objectif de déterminer les sujets où l'expertise de ses membres serait mise à contribution. Le bilan du processus de réflexion est à réaliser.

1. La liste des membres de la Commission infimière régionale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 1.
2. La liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 2.

1.10 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE DE LA CAPITALE-NATIONALE[3]

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale (TRCDMS-CN) a tenu quatre séances ordinaires et convoqué une assemblée générale annuelle en 2008-2009. Cette année fut très occupée et voici les principaux sujets qui ont été discutés :

- ✓ l'organisation de la mission régionale des services de pédiatrie du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ);
- ✓ les difficultés éprouvées par le Centre d'excellence du vieillissement de l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA);
- ✓ la démarche entreprise pour le Plan régional des effectifs médicaux en spécialités (PREM);
- ✓ la mise en place de la fonction de psychiatre répondant par l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ);
- ✓ l'état de situation des services de radiologie dans la région de la Capitale-Nationale;
- ✓ le bilan de l'entente entre l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) du CHUQ et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) relativement à la mise en place d'un corridor de services en chirurgie générale;
- ✓ la visite de certains blocs opératoires de la région [Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) du CHA, L'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) et l'HSFA du CHUQ] dans le cadre d'une mission du Ministère soutenue par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ);
- ✓ la trajectoire des soins en obstétrique (CHUQ-CHUL et CHUQ-HSFA) et l'organisation des services périnataux dans la région, qu'il s'agisse de première ligne ou de services spécialisés;
- ✓ la consolidation des services d'oto-rhino-laryngologie (ORL) dans l'ensemble de la région de la Capitale-Nationale par le regroupement en surspécialités cohérentes avec les pointes d'excellence de nos milieux respectifs (ORL otologique au CHA-HEJ, ORL oncologique au CHUQ-HDQ, ORL pédiatrique au CHUQ-CHUL, rhinosinusologie et clinique externe au CHA-HSS;
- ✓ la prise en charge efficiente de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST en suivi du rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS);
- ✓ la démarche soutenue par le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) pour le développement d'un centre d'expertise dans le traitement de la douleur chronique formé par un consortium [CHUQ-Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), CHA-Hôtel-Dieu de Lévis auxquels se sont associés le CHA et l'IUSMQ];
- ✓ les travaux visant les grands utilisateurs de services de nos établissements, dans le cadre d'un vaste chantier sur la prévention et la gestion des maladies chroniques mis sur pied par les directeurs généraux de la région;
- ✓ l'introduction du plan thérapeutique infirmier (PTI) dans le dossier de tous les patients de nos établissements. Aux fins d'information sur cette démarche en cours, la Table a reçu la présidente de la CIR et doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, M[me] Diane Morin;
- ✓ la complétion du transfert et de la mise en place du Centre universitaire d'ophtalmologie de Québec (CHA-CUO) et de l'organisation de l'ophtalmologie pédiatrique au CHUQ-CHUL;

3. La liste des membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est présentée à l'annexe 3.

- ✓ de plus, la TRCDMS-CN a convoqué la tenue d'une assemblée générale extraordinaire sur les règles départementales, dont les responsabilités des départements, les processus de nomination, les statuts et les privilèges, avec la participation des conseillers juridiques de l'Agence (M[es] Pierre Larrivée et Isabelle L'Écuyer, de la firme Heenan Blaikie Aubut);
- ✓ l'amorce d'une importante démarche d'analyse et de concertation en suivi de l'annonce ministérielle d'un moratoire sur le PREM 2010 et d'une restriction à un maximum de 50 dérogations pour l'ensemble du Québec. Ces travaux visant à déterminer les besoins à court terme les plus criants dans la Capitale-Nationale se poursuivront activement par la TRCDMS-CN en 2009-2010;
- ✓ l'envoi à tous les chefs de département de la région, pour une deuxième année consécutive, de la publication *La Table des chefs*. Ce numéro fait état de l'assemblée générale annuelle, du rapport du président de la Table, le D[r] Jacques Villeneuve, des activités réalisées par le comité directeur de même que les coordonnées pour rejoindre les responsables pour suivi et/ou interrogation.

1.11 COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE[4]

Le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale a poursuivi ses travaux afin d'améliorer l'accessibilité des services de santé et des services sociaux pour les personnes d'expression anglaise de la région. Pour atteindre cet objectif, l'élaboration d'un plan d'action a été retenue, comme dans le programme d'accès adopté en février 2007 par le conseil d'administration de l'Agence. En outre, divers projets ont été réalisés en cours d'année afin de mieux répondre aux besoins des personnes d'expression anglaise de la région.

1.12 COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE LA CAPITALE-NATIONALE[5]

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) de la Capitale-Nationale a été institué en 2006-2007 conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ce comité réunit des pharmaciens du milieu communautaire (secteur privé) et des établissements de santé (secteur public).

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et de mettre en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le Comité assume, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- ✓ faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques et sur la planification de la main-d'œuvre;
- ✓ donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;

4. La liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 4.

5. La liste des membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 5.

- ✓ donner son avis sur les approches novatrices en soins et services pharmaceutiques;
- ✓ exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Les grands principes qui sous-tendent la détermination des priorités du Comité sont les suivants :

- ✓ la collaboration interdisciplinaire;
- ✓ la collaboration entre les secteurs privé et public;
- ✓ la continuité des soins et des services;
- ✓ la main-d'œuvre et l'utilisation optimale des compétences.

Sous la thématique continuité des soins, le Comité a jugé prioritaire :

- ✓ de connaître les écueils à la mise en place du bilan comparatif des médicaments (BCM), particulièrement lorsque les patients se présentent à l'urgence. Le BCM nécessite le partage d'information entre les pharmaciens du milieu communautaire et le milieu hospitalier, tant au moment de l'admission d'un patient que de sa sortie. Il contribue à diminuer le risque d'erreurs dans la pharmacothérapie et est maintenant un préalable à l'agrément des établissements;
- ✓ de déterminer les meilleurs moyens d'assurer le maintien de la chaîne de froid dans le transport des vaccins et des médicaments injectables, particulièrement lorsque le médicament est administré dans un délai pouvant aller jusqu'à quelques jours. Un sous-comité interdisciplinaire sera créé en 2009-2010 afin d'élaborer des recommandations à cette fin;
- ✓ de déterminer les meilleurs moyens d'assurer, dans le milieu communautaire, le suivi sécuritaire des patients recevant des anticoagulants et la qualité de leur thérapie. Assurer l'utilisation optimale des ressources en favorisant le transfert sécuritaire des clientèles desservies en cliniques ambulatoires des établissements vers les pharmacies du milieu communautaire par le biais d'ordonnances collectives ou autres mécanismes permettant la prise en charge sécuritaire de ces clientèles; suggérer au besoin, un modèle d'organisation ou de hiérarchisation des services pharmaceutiques.

Sous la thématique collaboration interdisciplinaire, le Comité a jugé prioritaire :

- ✓ de déterminer des moyens visant à optimiser l'utilisation des ressources de santé. L'élaboration d'ordonnances collectives permet non seulement de réduire les recours non nécessaires au médecin mais aussi, dans plusieurs situations, de réduire ou même d'éliminer les barrières économiques à l'accès aux médicaments couverts par les assureurs et de contribuer à améliorer l'état de santé. C'est ainsi qu'une ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine a été mise en place en décembre 2008. Une ordonnance collective sur le traitement de la pédiculose est présentement en élaboration. Ces deux ordonnances sont le fruit d'une collaboration entre la Direction régionale de santé publique et le Comité;
- ✓ de collaborer aux travaux ministériels et régionaux relativement au Plan d'action pour les maladies chroniques et aux grands utilisateurs de services (ce comité a été formé afin d'identifier les grands utilisateurs de services d'urgence des établissements de la région, pour en venir à proposer un modèle de gestion de ces cas). Par ailleurs, le Conseil du médicament compte mettre en place un projet pilote sur la révision de la médication à domicile (RMD), et le CRSP entend y apporter sa contribution. La RMD est essentiellement une activité de nature multidisciplinaire où le pharmacien et le médecin travaillent en étroite collaboration, et où l'infirmière spécialisée en soins de première ligne peut aussi être sollicitée.

En outre, un avis du Comité a été demandé sur les orientations régionales en matière de santé publique afin que la contribution des pharmaciens à l'atteinte de ces objectifs soit connue, reconnue et mise à profit.

En 2008-2009, le Comité a tenu trois rencontres. Le mandat de quatre membres s'est terminé, et deux membres ont démissionné car ils avaient changé de collège électoral. Après la tenue du processus électoral, deux nouveaux membres ont joint les rangs du Comité, une personne a été réélue par acclamation, et deux postes ont été cooptés. Au 31 mars 2009, le poste de président était toujours vacant.

1.13 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA CAPITALE-NATIONALE[6]

En 2008-2009, le Département régional de médecine générale s'est réuni à neuf reprises pour prendre position, assurer la poursuite des travaux en cours et formuler des recommandations au président-directeur général de l'Agence dans plusieurs dossiers, dont les plus importants sont la gestion des plans régionaux des effectifs médicaux et des activités médicales particulières, l'analyse de la situation des effectifs médicaux ainsi que la réorganisation des services médicaux de première ligne.

1.14 EFFECTIFS

Compilation selon les catégories d'emploi

Catégories d'emploi	Nombre
Cadres	23
Professionnels	102
Techniciens	53
Employés de bureau et de soutien	45
Infirmières	3
Sous-total	226
Médecins	2
Employés temporaires et prêts de service*	45
Nombre total d'employés	273

* Répartis de la façon suivante : 1 cadre ayant un statut temps complet temporaire; 25 professionnels, soit 6 employés ayant un statut temps complet temporaire et 19 employés ayant un statut temps partiel temporaire; 2 techniciens, soit 0 employé ayant un statut temps complet temporaire et 2 employés ayant un statut temps partiel temporaire; 3 employés de bureau et de soutien, soit 0 employé ayant un statut temps complet temporaire et 3 employés ayant un statut temps partiel temporaire; 2 infirmières, soit 0 employée ayant un statut temps complet temporaire et 2 employées ayant un statut temps partiel temporaire; 12 prêts de service externes pour des mandats spécifiques à durée déterminée de moins de deux ans.

6. La liste des membres du comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 6.

1.15 POLITIQUE RELATIVE AU HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

Une plainte pour harcèlement psychologique avait été déposée en 2007-2008 et était en cours de traitement au moment du dépôt du rapport annuel de la même année. L'enquêteur externe qui a mené ce dossier à terme a conclu que la plainte n'était pas fondée. La politique est en vigueur depuis le 11 novembre 2004.

1.16 PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS

Au cours de l'année 2008-2009, l'Agence a poursuivi son contrat avec l'entreprise Programme Horizon inc., consultants en ressources psychologiques des personnes et des organisations.

Vingt-quatre employés se sont prévalus du Programme d'aide aux employés de l'Agence. Ce nombre représente un taux d'utilisation des services de 8,9 %, comparativement à 7,8 % en 2007-2008 (21 employés). La moyenne de consultations par demande est de 3,4, comparativement à 3,3 en 2007-2008 (possibilité de cinq rencontres par personne par année).

Tout comme en 2007-2008, les motifs des demandes se rapportent plutôt à des aspects de la vie personnelle qu'à des aspects liés au travail.

Période	Aspects de la vie personnelle	Aspects liés au travail
2008-2009	67 %	33 %
2007-2008	77 %	23 %

2. ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

2.1 ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Les paramètres de l'entente de gestion et d'imputabilité sont inscrits dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[7]. L'entente de gestion doit permettre d'apprécier l'évolution globale de la production du réseau de services et servir de levier pour donner une direction d'ensemble dans la mise en œuvre de la planification stratégique et des grandes orientations ministérielles.

En 2008-2009, le Cadre de gestion sur les ententes de gestion et d'imputabilité de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a été mis à jour. En plus de décrire le cadre légal et réglementaire ainsi que les notions et normes mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux, il présente le nouveau processus préconisé par l'Agence. Ce processus se distingue par trois éléments : un plus grand nombre d'attentes régionales sont soumises à l'engagement des établissements et à l'obligation de rendre compte; les établissements font une offre de service à partir des attentes régionales signifiées par l'Agence; les budgets de développement peuvent être utilisés, si les conditions prévues par les règles d'engagement sont satisfaites, pour soutenir des priorités locales, notamment celles identifiées par les projets cliniques.

Les résultats présentés dans les cellules ont été compilés par le Ministère à l'aide de son système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). Les données entre parenthèses sont les corrections apportées par l'Agence à la suite d'une compilation plus conforme aux données régionales par exemple : en tenant compte de la présence d'un établissement, l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, à qui l'on a confié des activités dévolues aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour la clientèle anglophone de la région et que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) exclut de son traitement; en utilisant un calcul à partir de données plus récentes tirées de la banque régionale I-CLSC, ou encore en raison d'erreurs ou d'absences de transmission dans GESTRED.

Indicateurs ministériels

2.2 PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

Présence au travail

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Améliorer la gestion de la présence au travail.		
Indicateur		Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,59	5,65	5,70 (5,68)

Note : La valeur entre parenthèses est la valeur calculée par l'Agence à partir d'une estimation des résultats cumulatifs obtenus en période 12. Pour l'exercice financier 2008-2009, aucune entente de gestion n'est signée entre les établissements privés conventionnés et l'Agence.

* En date du 13 mai 2008.

** En date du 14 mai 2009 (Tableau de bord des indicateurs de gestion [TBIG]).

7. En résumé, la Loi prévoit que le ministre détermine les objectifs que l'Agence doit atteindre; il surveille et contrôle l'atteinte des objectifs; l'Agence s'engage à produire un rapport annuel de gestion sur l'atteinte des résultats; le PDG de l'Agence veille à l'atteinte des objectifs annuels ainsi que le conseil d'administration de l'Agence, qui a un pouvoir de surveillance et de contrôle; les mêmes responsabilités et devoirs de l'Agence vis-à-vis les établissements et des établissements vis-à-vis l'Agence s'appliquent; ces engagements et d'autres doivent être inscrits dans une entente de gestion.

Cet indicateur rend compte de l'absentéisme de la main-d'œuvre dans les établissements du réseau. Il consiste dans le nombre d'heures en assurance salaire divisé par le nombre d'heures travaillées (%) par le personnel cadre et salarié. Il reflète les efforts et les actions de l'Agence et des établissements dans le domaine de la présence au travail.

Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées

En date de la période 12 (les données de la période 13 n'étaient pas disponibles), les résultats montrent que la cible visée au 31 mars 2009 n'est pas atteinte, bien que l'écart soit de faible ampleur. La performance régionale se chiffre à 5,68 %, soit 0,03 % de plus que l'engagement déboursé 2008-2009 (cible visée de 5,65 %). Neuf établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible : le Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA), le Centre jeunesse de Québec, le CSSS de Portneuf, le CSSS de Québec-Nord, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) et l'Institut universitaire en cardiologie et pneumologie de Québec (IUCPQ).

Plusieurs facteurs sont rapportés par les établissements pour expliquer ces résultats, notamment une augmentation des invalidités temporaires, la pénurie de main-d'œuvre qui rend les équipes instables et qui favorise les mouvements de personnel, une augmentation importante des heures travaillées (y compris du temps supplémentaire), une augmentation de la clientèle présentant des diagnostics en santé mentale et des problèmes multiples, le climat de travail tendu et enfin, la difficulté d'établir un travail en complémentarité avec les médecins.

L'Agence a soutenu financièrement deux groupes dans une démarche de codéveloppement tout au long de l'année 2008-2009 afin de faciliter les échanges entre gestionnaires de ce programme et d'encourager le partage de l'expertise régionale. L'un des deux groupes, soit le groupe stratégique, présentera ses recommandations à la Table des directeurs des ressources humaines de la région à l'occasion de la rencontre de juin 2009.

Pour l'année 2009-2010, l'Agence favorisera la promotion auprès des établissements d'un nouveau service offert par le Ministère, à savoir le programme Santé des Organisations et des Individus. Ce programme consiste à offrir un soutien personnalisé aux établissements dans les volets suivants : gestion de la présence au travail, gestion de l'information reliée à la présence au travail, coordination des approches relatives au climat de travail et enfin, l'intégration des approches au processus d'agrément. De plus, l'Agence maintiendra son engagement de soutien financier non récurrent pour deux établissements dans leur démarche actuelle d'accréditation dans le cadre du programme Établissement promoteur de la santé.

Présence au travail

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Améliorer la gestion de la présence au travail.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
3.2	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	Nouveau	100	64,7 (50,0)
3.3	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier	Nouveau	100	88,2 (60,0)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir des résultats cumulatifs obtenus en période 11 et tirés de GESTRED. Pour l'exercice financier 2008-2009, aucune entente de gestion n'est signée entre les établissements privés conventionnés et l'Agence.

* En date du 14 mai 2009 (TBIG).

** Résultats en date du 14 mai 2009 (Tableau de bord des indicateurs de gestion – TBIG)

Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier

Cet indicateur rend compte d'une main-d'œuvre insuffisante. Plus le pourcentage est élevé, plus un établissement est en difficulté puisque les heures normales ne suffisent pas à la demande. L'indicateur régional doit se lire comme le pourcentage d'établissements ayant atteint leur cible. En date de la période 11 (les données de la période 13 n'étant pas disponibles), les résultats montrent que la cible visée au 31 mars 2009 n'est pas atteinte. La performance régionale, traduite par le nombre d'établissements qui respectent leur cible, est de 50 %. La valeur de l'engagement 2008-2009 était de 100 % des établissements. Cinq établissements publics, soit le CHA, le CHUQ, le CSSS de Charlevoix, le CSSS de Québec-Nord et l'IUCPQ, de même que trois établissements privés conventionnés, soit le Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes inc., le Centre hospitalier Saint-François inc. et Vigi Santé ltée présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier

Cet indicateur rend compte du recours à une main-d'œuvre extérieure afin d'accomplir du travail infirmier. En date de la période 11 (les données de la période 13 n'étant pas disponibles), les résultats montrent que la cible visée au 31 mars 2009 n'est pas atteinte. La performance régionale, traduite par le nombre d'établissements qui respectent leur cible, est de 60 %. La valeur de l'engagement 2008-2009 était de 100 % des établissements. Ce résultat est partiel, car la majorité des établissements (12 sur 17) n'ont pas de compilations statistiques pour l'exercice financier 2008-2009. Deux des cinq établissements recensés, soit le CHA et le CHUQ, présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

2.3 SANTÉ PUBLIQUE

Prévention et contrôle – infections nosocomiales

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.		
Indicateur	Résultats 2007-2008*	Cible 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales	S. O.	100	40 (93)

Note : La valeur entre parenthèses est la valeur calculée par l'Agence et correspond au total régional des ETP titularisés (38,5) sur le nombre d'ETP requis en fonction des ratios par mission (41,2). Ce calcul traduit mieux l'effort régional consenti pour assurer la présence d'un effectif qui respecte les normes provinciales. Le résultat ministériel (40 %) s'explique par des écarts d'effectifs de 0,2 ETP ou moins pour quatre des sept établissements qui n'ont pas atteint leur ratio.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG). Résultats regroupés pour l'ensemble des missions.

Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales

Globalement, 93 % du nombre requis d'infirmières ETP en prévention pour la région de la Capitale-Nationale est en poste.

Le pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) en infections nosocomiales est aussi présenté pour chacune des missions régionales (non montré dans le tableau).

Du côté des lits de soins généraux et spécialisés avec désignation universitaire, 97 % des ETP requis sont en poste (19,4 ETP sur 19,9).

Pour les lits de soins généraux et spécialisés sans désignation universitaire, le seul établissement visé, soit le CSSS de Charlevoix, a atteint le nombre d'ETP requis (100 %).

Pour les lits de soins de longue durée, 90 % des ETP requis sont en poste (16,5 sur 18,4). De plus, il convient de préciser que pour trois établissements, l'écart entre le résultat obtenu et l'engagement n'est que de 0,10 ETP.

Pour les lits de soins psychiatriques, 55 % des ETP requis sont en poste (0,6 sur 1,10), mais l'un des deux établissements visés, soit le CHA, n'avait pas transmis ses résultats pour cette mission au terme de la période 13. Dans le cas de l'autre établissement, soit l'IUSMQ, l'écart n'est que de 0,14 ETC. Pour ce qui est des lits en centre de réadaptation physique, en déficience motrice, enfin, le seul établissement de la région a atteint le nombre d'ETC requis.

Ainsi la majorité des établissements atteint, à quelques points ou fractions de pourcentage près, l'objectif visé pour chacun. Dans certains cas, pour des raisons de fonctionnement, il manque 0,1 ou 0,2 poste sur des effectifs pouvant atteindre jusqu'à 10 équivalents temps complet. Cela influe sur le nombre d'établissements ayant atteint le ratio selon la définition ministérielle, mais non la réalité de l'offre de service. Dans d'autres cas, de nouveaux postes permettant l'atteinte des objectifs ont été titularisés en avril 2009, soit au début de la nouvelle année financière, et n'apparaissent pas dans le bilan. Seul un établissement, soit le CHA, a un poste vacant (identifié après la fermeture de l'année financière dans sa reddition de comptes).

La question de la répartition des infirmières en prévention des infections par mission étant plus délicate à traiter, l'Agence privilégie l'analyse globale des ressources en place. Ainsi, les ressources en prévention des infections nosocomiales, pour la région, permettent de respecter les ratios requis; seul un poste prévu est toujours vacant.

Enfin l'IUSMQ a indiqué, dans une note complémentaire de sa reddition de comptes, un ajout de 0,8 poste requis pour atteindre la norme, financé à même ses budgets, ce qui explique qu'il ne l'a pas inscrit directement dans le formulaire de saisie périodique.

Compte tenu d'un certain roulement de personnel, un suivi complet sera fait à chacune des périodes de reddition de comptes.

2.4 SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Services infirmiers et psychosociaux généraux

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.2.2	Nombre d'usagers recevant des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4 576 (4 687)	4 717	5 661 (5 793)

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.	
Indicateurs		Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.2.3	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	1,90	1,93	2,41 (2,40)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CLSC en date du 22 mai 2009. L'écart entre les données du tableau de bord national et celles de la banque régionale tient en majeure partie à la présence d'un établissement, l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, à qui ont été confiées des activités dévolues aux CSSS pour la clientèle anglophone de la région, et que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2008-2009, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Nombre d'usagers recevant des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)

Les services psychosociaux généraux répondent aux problèmes psychologiques et sociaux des individus qui vivent une situation particulière momentanée ou qui présentent des problèmes ponctuels ou de nature aiguë et réversible.

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 5 793 usagers, soit 1 076 usagers de plus que la valeur de l'engagement 2008-2009 (cible visée de 4 717 usagers). Deux établissements, soit l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's et le CSSS de Charlevoix, présentent un écart défavorable par rapport à la cible établie.

Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 2,40 interventions par usager en moyenne, soit 0,47 intervention de plus que la cible visée (1,93). Seul l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's présente un écart défavorable par rapport à sa cible.

2.5 PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT – SERVICES DANS LE MILIEU DE VIE

Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.		
	Indicateurs	Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	15 768 (15 914)	16 551	16 328 (16 479)
1.3.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	25,20 (25,12)	24,66	25,58 (25,52)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CLSC en date du 22 mai 2009. L'écart entre les données du tableau de bord national et celles de la banque régionale tient en majeure partie à la présence d'un établissement, l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, à qui ont été confiées des activités dévolues aux CSSS pour la clientèle anglophone de la région, et que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2008-2009, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

Les services de soutien à domicile comprennent les soins infirmiers, les activités de soutien et d'aide et les services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) offerts aux personnes présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) dans leur milieu naturel.

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible n'est pas atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à 16 479 usagers, soit 249 de plus que le point de départ (16 230), mais 72 de moins que la valeur de l'engagement déboursé 2008-2009 (cible visée de 16 551 usagers). Le CSSS de Charlevoix et le CSSS de Portneuf sont les seuls établissements à atteindre leur objectif.

Pour ce qui est du nombre de personnes rejointes, la non-atteinte de la cible est liée en partie aux mouvements de postes dans les établissements à la suite de la titularisation. Ces mouvements font que des heures de travail sont consacrées à l'orientation du nouveau personnel, et par surcroît, le nouveau personnel ne peut prendre en charge le même nombre d'usagers que le personnel expérimenté. La stabilisation des postes devrait permettre de consacrer plus d'heures de service aux usagers.

Un autre facteur tient au fait que les personnes en perte d'autonomie recevant des services en centres de jour, en ressources intermédiaires et en ressources d'hébergement non institutionnelles (projets novateurs et Habitations Vivre chez soi) ne sont pas comprises dans l'indicateur. Seulement pour le CSSS de la Vieille-Capitale, cela représenterait plus de trois cents usagers, selon l'estimation de l'établissement.

Les travaux réalisés avec l'ensemble des établissements du réseau régional permettront d'améliorer la continuité des services pour les personnes âgées. La révision des offres de service et des charges de cas en réadaptation contribuera également à optimiser les pratiques et à diminuer les listes d'attente en soutien à domicile. Enfin, l'implantation des guichets d'accès en soutien à domicile assurera une meilleure orientation des personnes âgées dans le réseau.

Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 25,52 interventions par usager en moyenne, soit 0,96 intervention de plus qu'en 2007-2008 (24,56) et 0,86 intervention de plus que l'engagement 2008-2009 (cible visée de 24,66 interventions par usager en moyenne). Tous les établissements atteignent leur cible.

Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,05 (3,072)	3,025	3,094 (3,117)
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,21	0,196	0,216 (0,215)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir d'une estimation en période 13 qui tient compte de la non-réponse de quatre CHSLD privés conventionnés (le taux de réponse est évalué à 93 % en nombre de jours recensés pour la région). Pour l'exercice financier 2008-2009, aucune entente de gestion n'est signée entre les établissements privés conventionnés et l'Agence.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Ces deux indicateurs renvoient au nombre d'heures travaillées par le personnel offrant les soins infirmiers et d'assistance ainsi que les services professionnels autres qu'infirmiers, par jour de présence, dans un établissement de soins de longue durée public ou privé conventionné. Ils permettent de vérifier si le nombre d'heures travaillées correspond aux besoins des personnes hébergées.

Nombre moyen d'heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD par jour-présence

Les résultats montrent que la cible est atteinte. La performance régionale attendue au 31 mars 2009 de 3,025 heures travaillées par jour-présence est dépassée de 0,092 heure pour une moyenne de 3,117 heures travaillées par jour-présence. Un seul établissement affiche un faible écart défavorable par rapport à sa cible 2008-2009, ce qu'il explique par un processus de réorganisation interne de ses services en cours de réalisation.

Nombre moyen d'heures travaillées en services professionnels dans les CHSLD par jour-présence

À la fin de l'année financière, les résultats montrent que la cible est atteinte. La performance régionale se chiffre à une production totale de 0,215 heure/jour-présence au 31 mars 2009, soit 0,019 heure de plus

que la valeur de l'engagement déboursé 2008-2009 (cible visée au 31 mars) de 0,196 heure. De façon globale toutefois, les CHSLD privés présentent un écart défavorable par rapport à leur cible fixée de 0,22 heure travaillée. Selon les établissements, l'écart s'explique essentiellement par la pénurie de certains types de professionnels.

2.6 DÉFICIENCE PHYSIQUE

Soutien à domicile – déficience physique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	3 058 (3 067)	3 087	3 106 (3 116)
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile réalisées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	23,3	23,44	25,57 (25,59)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CLSC en date du 22 mai 2009. L'écart entre les données du tableau de bord national et celles de la banque régionale tient en majeure partie à la présence d'un établissement, l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, à qui ont été confiées des activités dévolues aux CSSS pour la clientèle anglophone de la région, et que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2008-2009, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

Les services de soutien à domicile comprennent les soins infirmiers, les activités de soutien et d'aide et les services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) offerts aux personnes ayant une déficience physique dans leur milieu naturel.

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 3 116 usagers desservis, soit 29 de plus que le point de départ (3 087) et que la valeur de l'engagement déboursé 2008-2009 (cible visée de 3 087 usagers). Un seul établissement, soit le CSSS de Charlevoix, présente un écart défavorable par rapport à sa cible.

Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile réalisées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production moyenne de 25,59 interventions par usager desservi, soit 2,15 de plus que le point de départ (23,44) et que la valeur de l'engagement déboursé 2008-2009 (23,44). Aucun établissement ne présente d'écart défavorable par rapport à sa cible.

Soutien à domicile – déficience physique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
Indicateur	Résultats 2007-2008*	Cible 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	464	463	457

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Le Programme de soutien aux familles des personnes handicapées consiste en une allocation versée par un CSSS directement aux familles pour l'achat de services de soutien, soit du répit, du gardiennage ou du dépannage. Le programme est géré par le CSSS de Québec-Nord, mais chaque CSSS est responsable de la réponse aux besoins de sa clientèle.

Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible n'est pas atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 457 usagers desservis, soit 6 de moins par rapport au point de départ et à l'engagement déboursé 2008-2009 (cible visée de 463 usagers). Seul le CSSS de Québec-Nord atteint son objectif, bien que les écarts négatifs sont de faible ampleur pour les autres établissements.

Les causes des écarts ont trait à la difficulté de trouver des travailleurs autonomes pour donner les services de soutien et à un nombre de demandes moindre que prévu.

À cet égard le CSSS de Portneuf, en collaboration avec ses partenaires communautaires et en accord avec le projet clinique, planifie un regroupement des travailleurs autonomes en un organisme qui ferait la gestion des services, selon le modèle du Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap (CAPVISH), à Québec. Le CSSS de Charlevoix mise pour sa part sur une meilleure information de la population quant aux services de soutien aux familles.

Services spécialisés – déficience physique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.		
Indicateur	Résultats 2007-2008*	Cible 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	8 771	8 297	8 799

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Les services spécialisés de réadaptation sont offerts aux personnes ayant une déficience motrice, visuelle, auditive, de la parole et du langage par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ).

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 8 799 usagers desservis, soit 525 usagers additionnels par rapport au point de départ (8 274 non inscrits dans le tableau) et 502 usagers de plus que la valeur de l'engagement déboursé 2008-2009 (cible visée de 8 297 usagers).

On constate par ailleurs une augmentation de la prestation de services de l'IRDPQ dans tous les secteurs de la déficience physique, conformément aux engagements par type de déficience pris avec l'établissement.

2.7 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Soutien à domicile – déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED)

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou d'un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 196	1 180	1 267 (1 281)
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile réalisées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI et TED)	8,9	9,02	8,50 (8,48)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CLSC en date du 22 mai 2009. L'écart entre les données du tableau de bord national et celles de la banque régionale tient en majeure partie à la présence d'un établissement, l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, à qui ont été confiées des activités dévolues aux CSSS pour la clientèle anglophone de la région, et que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2008-2009, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

Les services de soutien à domicile comprennent les soins infirmiers, les activités de soutien et d'aide et les services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dans leur milieu naturel.

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 1 281 usagers desservis, soit 101 usagers additionnels par rapport au point de départ (1 180) et à la valeur de l'engagement déboursé 2008-2009 (cible visée de 1 180 usagers). Un seul établissement, soit le CSSS de Portneuf, présente un écart défavorable par rapport à sa cible.

Le CSSS de Portneuf rapporte cet écart par un problème de codification dans un certain nombre de cas, ce qui expliquerait la non-atteinte de la cible (-5). L'établissement a procédé à des ajustements et fait des rappels réguliers aux intervenants à ce sujet.

Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile réalisées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI et TED)

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible n'est pas atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production moyenne de 8,48 interventions par usager desservi, soit 0,54 intervention de moins que le point de départ (9,02) et que l'engagement déboursé 2008-2009 (résultat attendu de 9,02 interventions par usager). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, sauf le CSSS de Québec-Nord. Cet écart est toutefois très léger.

Afin de réduire le nombre de personnes en attente, certains établissements choisissent de diminuer le nombre d'interventions. C'est le cas pour le CSSS de la Vieille-Capitale et le CSSS de Charlevoix. Ce dernier évoque aussi l'étendue du territoire comme obstacle aux interventions à domicile.

Un problème de codification est invoqué par le CSSS de Portneuf.

Le fait de limiter le nombre d'interventions dans le but de réduire ou d'éviter l'attente comporte toutefois des conséquences négatives qui commandent la vigilance, soit le risque de diminuer la qualité des soins et services et de ne pas répondre aux besoins réels.

Les efforts relatifs à la validité des données sont faits et à maintenir dans tous les CSSS, indépendamment du fait que les établissements aient identifié ou non un problème.

Il faudra par ailleurs s'interroger sur le rôle très large confié actuellement à l'intervenant pivot : il est à la fois pivot, donc responsable de coordonner, et intervenant psychosocial de long terme, ce qui limite le roulement de clientèle. Il y aura une fonction à déterminer avec les conséquences qui y sont rattachées. Les réflexions sur la fonction de l'intervenant pivot se feront dans le cadre des travaux des gestionnaires d'accès. Des travaux en ce sens sont également en cours au Ministère.

Soutien à domicile – DI-TED

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soutien pour les familles comptant une personne atteinte d'une déficience intellectuelle ou d'un TED, par une augmentation du nombre de familles bénéficiaires de l'allocation directe.		
Indicateur	Résultats 2007-2008*	Cible 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	891	891	907

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Le Programme de soutien aux familles des personnes handicapées consiste en une allocation versée par un CSSS directement aux familles pour l'achat de services de soutien, soit du répit, du gardiennage ou du dépannage. Le programme est géré par le CSSS de Québec-Nord, mais chaque CSSS est responsable de la réponse aux besoins de sa clientèle.

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 907 usagers desservis, soit 16 usagers de plus que le point de départ (891) et que la valeur de l'engagement déboursé 2008-2009 (cible visée de 891 usagers). Tous les établissements présentent un écart favorable par rapport à leur cible.

2.8 JEUNES EN DIFFICULTÉ

Services de première ligne – jeunes en difficulté et leur famille

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par une augmentation des services psychosociaux en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

	Indicateurs	Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	10 469 (10 590)	10 725	10 574 (10 773)
1.6.2	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,7	6,70	7,00 (7,05)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CLSC en date du 22 mai 2009. L'écart entre les données du tableau de bord national et celles de la banque régionale tient en majeure partie à la présence d'un établissement, l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, à qui ont été confiées des activités dévolues aux CSSS pour la clientèle anglophone de la région, et que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2008-2009, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)

Les services ont pour but de répondre aux besoins psychosociaux des jeunes en difficulté et de leurs parents par des interventions continues dans le cadre d'un suivi. Ils sont offerts par les CSSS dans l'établissement ou dans les milieux de vie des jeunes et des familles.

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale a permis de rejoindre 10 773 usagers, soit 183 usagers de plus que le point de départ (10 590) et 48 de plus que la valeur de l'engagement déboursé 2008-2009 (cible visée de 10 725 usagers). Un seul établissement, soit le CSSS de la Vieille-Capitale, présente un écart défavorable par rapport à sa cible.

Le CSSS de la Vieille-Capitale n'a pas atteint la cible fixée cette année compte tenu d'un taux d'absentéisme particulièrement élevé lié à des congés de maternité et parental chez certains professionnels (psychologues). Les possibilités de remplacement étant restreintes, cela a affecté à la

baisse la dispensation des services. De plus, on constate un mouvement important de détenteurs de postes chez les gestionnaires, ce qui ne favorise pas un suivi optimal des objectifs. L'établissement procédera à la révision de ses modalités de remplacement afin d'accroître la stabilité des équipes.

Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 7,05 interventions en moyenne par usager, soit 0,36 intervention de plus par rapport au point de départ (6,69) et 0,35 usager de plus que la valeur de l'engagement déboursé 2008-2009 (cible visée de 6,70 interventions en moyenne par usager).

Le CSSS de Portneuf et l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's n'ont pas atteint la cible fixée en 2008-2009. En revanche, ils atteignent la cible nationale de sept interventions par usager en moyenne. Le CSSS de Portneuf a connu des difficultés de remplacement de certains professionnels alors que l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's a connu une augmentation de sa clientèle, ce qui a entraîné une légère baisse de l'intensité d'intervention. Dans le cas du CSSS de la Vieille-Capitale, l'écart devrait s'estomper avec la mise à jour de la période 13.

Services de deuxième ligne – jeunes en difficulté et leur famille

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ* et de la LSJPA*, dans un délai moyen d'attente de 12 jours pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008**	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009***
1.6.4	Délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse	8,1	8,12	9,00
1.6.5	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	7,6	7,56	6,94
1.6.6	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	12,2	12,18	10,81
1.6.7	Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	5,9	7,00	5,71

* LPJ : Loi de la protection de la jeunesse. LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.

** En date du 30 avril 2008.

*** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Le Centre jeunesse de Québec, comme entité responsable de ces services, est chargé de fournir une aide spécialisée aux jeunes qui connaissent des difficultés graves et à leur famille.

Délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse

En 2008-2009, le délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse est de 9 jours, soit 0,88 jour de plus que la cible visée (8,12 jours). Il convient toutefois de souligner que la région affiche un bon résultat au regard de la norme clinique nationale qui est de douze jours.

L'augmentation du délai par rapport à 2007-2008 serait attribuable à un retard de saisie au système informatique. Un rappel a été fait aux gestionnaires et aux intervenants sur l'importance de saisir immédiatement la date du premier contact dans le système informatique.

Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse

En 2008-2009, le délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse est de 6,94 jours. Les résultats observés dans la région rencontrent donc le résultat attendu d'un maximum de 7,56 jours fixé en début d'année, ainsi que la norme clinique provinciale de 30 jours.

Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA

Le délai entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA ne devait pas dépasser 12,18 jours en moyenne en 2008-2009. L'objectif visé en début d'année a donc été dépassé puisque l'on observe, dans la région, un délai moyen de 10,81 jours, soit 1,37 jours de moins que le délai maximum visé. Rappelons que la région est en deçà de la norme clinique provinciale de 14 jours.

Taux de nouveaux placements en centre jeunesse

En 2008-2009, le taux de nouveaux placements en centre jeunesse ne devait pas dépasser 7 nouveaux placements pour 1 000 jeunes. Les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, le taux de nouveaux placements en centre jeunesse est de 5,71 pour 1 000 jeunes, soit 1,29 placement de moins que l'engagement déboursé.

2.9 DÉPENDANCES

Jeu pathologique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).		
Indicateur		Résultats 2007-2008*	Cible 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.7.2	Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	637	730	545

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

L'évaluation, l'orientation et le traitement externe des joueurs sont assurés par le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV). Des places de traitement interne sont offertes aux joueurs dans le cadre d'ententes de service avec des organismes de thérapie (Maison Au seuil de l'harmonie, Centre CASA).

En 2008-2009, l'objectif visé de 730 joueurs traités par le CRUV n'est pas atteint, le nombre de personnes rejointes par ces services étant de 545, soit 1 de plus que le point de départ (544), mais 185 de moins que l'engagement déboursé.

L'établissement précise que la tendance à la baisse s'observe également à l'échelle nationale. Il se dit en attente des travaux de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) et de l'Institut universitaire en dépendance Dollard-Cormier sur la compréhension de ce phénomène.

L'Agence suivra cette réalité au cours de l'année 2009-2010, d'autant qu'actuellement, seulement 20 personnes sont en liste d'attente, et ce, en raison de congés de maladie de certains intervenants. Leur retour au travail (vers la mi-mai 2009) aura pour effet d'éliminer la liste d'attente.

2.10 SANTÉ MENTALE

Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : ✓ en suivi intensif (70 personnes pour 100 000 habitants); ✓ en soutien d'intensité variable (250 personnes pour 100 000 habitants).		
Indicateurs	Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour les adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	593	1 172	557,54 (854)
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour les adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	72 (141)	130	123,31 (134)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CLSC en date du 22 mai 2009 et, pour l'indicateur 1.8.6, des formulaires du Portail régional. Pour l'indicateur sur le nombre de places en soutien d'intensité variable (1.8.5), l'écart entre les données du tableau de bord national et celles de la banque régionale tient en majeure partie à la contribution des organismes communautaires de la région, qui est évaluée à 295 places en sus de l'activité en CSSS, et qui n'est pas comptabilisée par la RAMQ. Dans le tableau de bord national, les données de l'IUSMQ relatives à l'indicateur 1.8.6 seraient manquantes pour les périodes 3 et 4.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour les adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté, offerts par les CSSS, regroupent des activités d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale destinées aux personnes présentant des troubles mentaux graves. Les services sont généralement donnés dans le milieu de vie des personnes et selon une intensité pouvant varier d'une période à l'autre.

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible n'est pas atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 559 usagers desservis par période dans les CSSS nombre pour lequel nous devons ajouter 295 personnes rejointes par six organismes communautaires, ce qui forme un total de 854 usagers par période. Ce nombre total est inférieur de 318 usagers par rapport à la cible visée au 31 mars 2009 (engagement déboursé 2008-2009 de 1 172 usagers). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible établie, sauf le CSSS de Portneuf.

L'intégration dans l'indicateur 1.8.5 des services cliniques offerts par les ressources non institutionnelles (RNI) permettrait au CSSS de Québec-Nord d'atteindre la cible visée. Cette modalité de prise en charge

(en RNI) doit être validée pour l'ensemble des CSSS de la région. Le CSSS de Charlevoix prendra des mesures pour un suivi étroit et à temps de la codification des données. Toutefois, ce territoire compte peu d'usagers en attente, soit deux en période 13. Au CSSS de la Vieille-Capitale, la nature des services offerts par l'équipe de suivi intensif limite la capacité de prise en charge de nouveaux usagers et le taux de roulement de la clientèle.

L'implantation de la deuxième équipe « PACT » de l'IUSMQ, prévue à l'automne 2009, devrait dégager progressivement le CSSS de la Vieille-Capitale de sa clientèle qui a besoin d'un suivi intensif et permettre à l'équipe de ce CSSS (en moyenne 8 ETC) d'assurer le suivi d'intensité variable à la clientèle en attente. Le CSSS de Charlevoix prendra des mesures pour clarifier son mandat au regard de la clientèle sans diagnostic de trouble mental grave. La formation des gestionnaires et des intervenants sur la nature des services offerts par cet indicateur pourra contribuer à clarifier le type de suivi et la clientèle visée.

Nombre de places en services de suivi intensif pour les adultes mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

Les services de suivi intensif dans la communauté se distinguent du soutien d'intensité variable par la présence d'une équipe de soins intégrés en coordination continue, intervenant auprès de personnes susceptibles de présenter une condition instable et qui courent un risque très élevé d'hospitalisations répétées. Ces services par l'entremise du programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) de l'IUSMQ et par le CSSS de la Vieille-Capitale. Toutefois, un transfert de responsabilités du CSSS vers l'IUSMQ est prévu.

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 134 usagers desservis par période, soit 4 usagers de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (engagement déboursé 2008-2009 de 130 usagers), mais l'IUSMQ présente un écart défavorable de 24 usagers par rapport à sa cible.

La performance de l'équipe PACT de l'IUSMQ semble avoir souffert des problèmes d'effectif et d'absentéisme à tous les niveaux (psychiatre, professionnels et gestionnaire). Les mesures instaurées pour stabiliser les ressources humaines de cette équipe devraient avoir pour effet d'en améliorer la performance et l'implantation d'une seconde équipe PACT à l'automne 2009 permettra de tendre vers la cible. Il faudra cependant tenir compte du transfert de la clientèle du CSSS de la Vieille-Capitale.

Services d'urgence – santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : ✓ séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures ou moins; ✓ 0 % de patients séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	19,5	18,0	24,37
1.8.8	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	9,1	8,0	14,29

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible n'est pas atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à un séjour de 24,37 heures par cas, soit 6,37 heures de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (18 heures). Deux établissements, soit le CHUQ et le CHA, n'atteignent pas leur cible.

L'engorgement des lits au CHA, au CHUQ et à l'IUSMQ contribue à maintenir la clientèle à l'urgence. Les délais d'attente de prise en charge par la première ligne font que certains usagers reviennent à l'urgence dans les trois mois suivant leur hospitalisation.

Plusieurs projets visant le désengorgement des lits de psychiatrie devraient permettre de réduire le séjour moyen à l'urgence et une prise en charge plus rapide par les services de première ligne. À cet égard, un groupe de travail composé de représentants des établissements visés et des CSSS a été créé afin de revoir les processus relativement aux usagers dont l'épisode de soins est terminé et qui occupent des lits de soins actifs. Le programme régional des RNI contribue également au désengorgement des lits par l'entremise de son plan de redéploiement, qui prévoit des places de désengorgement. En outre d'ici l'automne 2009, l'IUSMQ devrait mettre sur pied une équipe de traitement intensif bref à domicile (TIBD) chargée de l'évaluation et, s'il y a lieu, du traitement des personnes au domicile, afin d'éviter le recours à l'hospitalisation. La mise en place d'une seconde équipe PACT à l'IUSMQ devrait par ailleurs contribuer à réduire les délais d'attente et de prise en charge de la clientèle en besoin de suivi d'intensité variable, particulièrement au CSSS de la Vieille-Capitale. Enfin, un suivi rigoureux de l'ensemble de ces mesures est prévu pour s'assurer de leur efficacité.

Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible n'est pas atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à 14,29 % de séjours sur civière de 48 heures et plus, soit 6,29 % de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (engagement déboursé 2008-2009 de 8 %). Deux établissements, soit le CHUQ et le CHA, n'atteignent pas leur cible.

Comme il a été précisé pour l'indicateur 1.8.7, plusieurs projets visant le désengorgement des lits de psychiatrie et d'autres mesures d'interventions plus rapides et intensives dans la communauté ou au domicile des personnes contribueront à réduire l'utilisation des urgences et le séjour moyen sur civière.

Services de première ligne – santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.		
	Indicateur	Résultats 2007-2008*	Cible 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.8.9	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux qui ont reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	5 802 (5 870)	6 761	5 848 (5 909)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CLSC en date du 22 mai 2009. L'écart entre les données du tableau de bord national et celles de la banque régionale tient en majeure partie à la présence d'un établissement, l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, à qui ont été confiées des activités dévolues aux CSSS pour la clientèle anglophone de la région, et que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2008-2009, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux qui ont reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible n'est pas atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 5 909 usagers desservis, soit 852 usagers de moins que la cible visée au 31 mars 2009 (engagement déboursé 2008-2009 de 6 761 usagers). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, sauf le CSSS de Charlevoix.

L'instabilité des ressources humaines, due en particulier aux congés parentaux, et les difficultés de recrutement pour certaines professions, dont les psychologues, semblent avoir nui à l'atteinte des cibles. L'intervention de groupe mobilise les professionnels et n'est pas comptabilisée par cet indicateur. La durée du programme d'intervention pour les troubles de la personnalité, qui peut aller jusqu'à deux ans, influe sur les taux de roulement et de prise en charge des usagers. En outre, la saisie des données ne se fait pas toujours selon les codes applicables à la santé mentale (CSSS de la Vieille-Capitale et CSSS de Charlevoix). Enfin, au CSSS de la Vieille-Capitale, le transfert de la clientèle vers les services psychosociaux généraux s'est traduit par une diminution de la clientèle suivie en première ligne.

Des mesures seront prises pour accroître la rigueur dans la saisie des données. Les services seront organisés de façon à réduire les effets des congés parentaux. Des moyens sont aussi envisagés pour comptabiliser l'intervention de groupe. Des ajustements sont en cours pour adapter le programme des troubles de la personnalité afin de réduire l'épisode de services pour un certain nombre d'usagers.

Services de deuxième ligne – santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.		
Indicateur	Résultats 2007-2008*	Cible 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	307	154	436

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Cet indicateur permet d'évaluer le nombre d'usagers, jeunes et adultes, en attente de plus de 60 jours pour accéder aux traitements spécialisés offerts par un professionnel de deuxième ligne en santé mentale ou en pédopsychiatrie. Ces services sont offerts par les cliniques externes de psychiatrie et de pédopsychiatrie des centres hospitaliers.

À la période 13, les résultats montrent que la cible régionale de 154 usagers (adultes et moins de 18 ans) en attente depuis plus de 60 jours n'est pas atteinte. Le résultat, de 436 usagers en attente, représente une augmentation de 129 par rapport au point de départ (307), et excède de 282 la cible visée (154, cible visée au 31 mars 2009). Le nombre d'usagers (enfants et adultes) en attente a légèrement baissé au CHUQ (226 en 2008-2009 *vs* 229 en 2007-2008). Ce nombre a en revanche augmenté à l'IUSMQ, pour passer de 78 à 210 : un résultat qui dépasse largement la cible de 39 visée au 31 mars 2009 pour cet établissement. La suite des commentaires distinguera la situation par clientèle d'âge.

En pédopsychiatrie, l'attente de plus de 60 jours concerne les jeunes qui doivent être évalués pour confirmer ou non un diagnostic de trouble envahissant du développement (TED). Cette étape exige le recours à plusieurs intervenants spécialisés, ce qui occasionne des délais. De plus, la région semble connaître une augmentation de la prévalence des TED. Le CHUQ a revu l'organisation du travail afin de dégager des heures pour l'évaluation des jeunes chez qui on soupçonne la présence d'un TED. Une formation est à venir pour les professionnels chargés de réaliser de telles évaluations.

Dans le cas de la clientèle adulte, la perte de 20 % des effectifs et l'augmentation des jours-présence au CHUQ ont contribué à l'augmentation du délai d'attente et à la non-atteinte des cibles. La coordination régionale du module d'évaluation liaison (MEL) ainsi que le plan d'action de l'IUSMQ en vue d'en faire une priorité régionale mobilisant tous les psychiatres donnent déjà certains résultats depuis leur mise en œuvre (par exemple, le CHUQ comptait 116 clients en attente à la période 13, comparativement à 147 à la période 9). Un suivi rigoureux du plan d'action proposé par le Département unifié de psychiatrie devrait permettre de constater des résultats à court terme, dès après les évaluations d'avril, mai et juin 2009.

2.11 SANTÉ PHYSIQUE

Services d'urgence

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : ✓ séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; ✓ 0 % de patients séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.		
	Indicateurs	Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.9.1	Séjour moyen sur civière	13,3	12,50	15,15
1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	18,7	16,69	21,82
1.9.3	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	3,3	1,95	4,99
1.9.4	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	6,9	3,38	9,96

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Au terme de la période 13, les résultats montrent que globalement, les cibles ne sont atteintes pour aucun des quatre indicateurs.

En ce qui concerne le séjour moyen sur civière (toutes clientèles), la performance régionale se chiffre à 15,15 heures par usager, soit 2,65 heures de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (12,5 heures). Deux établissements, soit le CHA et le CHUQ, présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

Les résultats signalent également une non-atteinte de la cible du séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus. La performance régionale se chiffre à un séjour moyen de 21,82 heures par usager, soit 5,13 heures de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (16,69 heures). Deux établissements, soit le CHA et le CHUQ, présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

En ce qui concerne le pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière (toutes clientèles), les résultats signalent une non-atteinte. La performance régionale se chiffre à un pourcentage de séjour de 48 heures 4,98 %, soit 3,03 % de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (1,95 %). Trois établissements, soit le CHA, le CHUQ et le CSSS de Charlevoix, présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

Enfin en ce qui concerne le pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus, la performance régionale se chiffre à un pourcentage de séjour de 48 heures de 9,95 %,

soit 6,57 % de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (3,38 %). Trois établissements, soit le CHA, le CHUQ et le CSSS de Charlevoix, présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

Nature des difficultés éprouvées par les établissements

CHA — Le CHA compte deux urgences du groupe 1 de niveau primaire et tertiaire. En 2008-2009, le nombre total de visites pour les 2 urgences est de 92 866 (17 012 par ambulance), ce qui représente une augmentation de 3 % (11 % par ambulance) par rapport à 2007-2008 (2 % pour l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et 6 % pour l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement).

En 2008-2009, le nombre d'usagers sur civière est de 35 568, une augmentation de 3 % par rapport à 2007-2008. Le nombre de visites sur civière pour les usagers de 75 ans et plus est de 8 887, une augmentation de 9,9 % par rapport à 2007-2008. Le nombre d'admissions des usagers sur civière est de 11 441, une augmentation de 1,7 % par rapport à 2007-2008.

La performance pour les deux urgences, est au-dessus de leur cible visée au 31 mars 2009.

La performance de l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus se chiffre à un séjour moyen de 18,50 heures par usager sur civière, soit 4,42 heures de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (14,08 heures).

Cet écart s'explique par les facteurs suivants :

- ✓ l'achalandage (augmentation de toutes les catégories de visites : visites totales, visites par ambulance, visites sur civière, visites pour les 75 ans et plus);
- ✓ des travaux majeurs de réaménagement jusqu'à l'automne 2008;
- ✓ la prise en charge des clientèles admises (par manque de lits d'hospitalisation).

Notamment, une augmentation de 68 % des jours-présence de la clientèle de longue durée dans les lits de courte durée est rapportée (moyenne de 34,1 lits de soins aigus occupés par une clientèle de longue durée, par rapport à 20,3 lits en 2007-2008).

La performance de l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement se chiffre à un séjour moyen de 20,10 heures par usager sur civière, soit 6,13 heures de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (13,97 heures).

Cet écart s'explique par les facteurs suivants :

- ✓ l'achalandage (augmentation de toutes les catégories de visites : visites totales, visites par ambulance, visites sur civière, visites pour les 75 ans et plus);
- ✓ les délais de consultation des différentes spécialités : le temps moyen requis pour la prise de décision pour les usagers sur civière est de 16,50 heures, auquel s'ajoute un temps moyen de 3,80 heures pour le transfert sur une unité de soins des usagers admis;
- ✓ la prise en charge des usagers admis (par manque d'équipes médicales et manque de lits).

L'ouverture de l'urgence psychiatrique à l'Hôpital du Saint-Sacrement, en septembre 2008, a eu des répercussions sur le volume (phénomène d'attraction) et sur la durée de séjour, étant donné qu'avant de pouvoir être admis à l'urgence psychiatrique, les patients doivent être vus à l'urgence physique. Actuellement, les usagers sont gardés à l'urgence physique s'il existe une composante physique à leur problème psychiatrique, et aussi longtemps que l'urgentologue puisse les libérer vers l'urgence psychiatrique. Des démarches auprès des équipes médicales sont en cours afin d'examiner la possibilité d'accélérer le transfert des patients vers l'urgence psychiatrique, tout en assurant un suivi par les urgentologues jusqu'à ce que le problème physique soit résolu.

CHUQ — Le CHUQ compte trois urgences du groupe 1 de niveau tertiaire. En 2008-2009, le nombre total de visites aux urgences est de 137 161 (20 114 par ambulance), ce qui représente une légère baisse par rapport à 2007-2008, malgré une augmentation de 1 % (4 % par ambulance) pour l'urgence du CHUL.

En 2008-2009, le nombre de visites sur civière est de 64 847, une diminution de 4 % par rapport à 2007-2008. Le nombre de visites sur civière pour les usagers de 75 ans et plus est de 10 572, une augmentation de 2,9 % par rapport à 2007-2008. Le nombre d'admissions des clientèles sur civière est de 17 514, une diminution de 2 % par rapport à 2007-2008.

La performance pour les trois urgences est supérieure à la cible visée au 31 mars 2009, et de façon plus marquée pour l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise. Le séjour moyen sur civière y est de 24,50 heures, soit 11,29 heures de plus que la cible visée pour cet établissement (13,21 heures).

Cet écart s'explique par les facteurs suivants :

- ✓ le type de clientèle (clientèle âgée et défavorisée, sans médecin de famille et présentant des maladies chroniques);
- ✓ la prise en charge des clientèles admises (par manque de médecins et par manque de lits d'hospitalisation);
- ✓ la prise en charge en première ligne.

L'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise connaît des problèmes importants au regard de la prise en charge des clientèles admises en gériatrie, en médecine générale, en pneumologie, en gastro-entérologie et en orthopédie, ce qui a pour conséquence d'augmenter de façon indue le séjour moyen sur civière : le temps moyen pour la prise de décision pour les usagers sur civière est de 22,20 heures, auquel s'ajoute un temps moyen de 11,60 heures le transfert sur une unité de soins des usagers admis.

La performance de l'urgence de L'Hôtel-Dieu de Québec se chiffre à un séjour moyen de 14,60 heures par usager sur civière, pour une cible visée au 31 mars 2009 de 13,74 heures. Cette urgence a connu des travaux majeurs de réaménagement qui se terminent en juin 2009, et une diminution de l'offre médicale de service en raison de congés et de départs à compter de février 2009. Cette diminution se résorbera à l'automne 2009.

La performance de l'urgence du CHUL se chiffre à un séjour moyen de 10,80 heures par usager sur civière, pour une cible visée au 31 mars 2009 de 10,38 heures. Cet écart est associé au séjour moyen sur civière en santé mentale.

Mesures prises par les établissements pour corriger la situation

CHA — Les urgences de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'Hôpital du Saint-Sacrement ont mis en place les mesures suivantes : des corridors de services avec les secteurs externes, par l'ORL et l'hémato-oncologie, un comité de coordination des admissions et des séjours, un processus de coordination médicale à l'urgence avec des rencontres interdisciplinaires quotidiennes et une prise de décision plus rapide et coordonnée.

Des mesures ont été implantées sur les unités de soins en soutien à l'urgence, dont la mise en place de l'approche gériatrique dans l'établissement, le projet de séjour Opti-Soins (les premiers livrables sont attendus à l'automne 2009), ainsi qu'un processus de planification des départs en collaboration avec les équipes de professionnels et les familles incluant une rencontre interdisciplinaire structurée, 1 fois/semaine aux unités de soins, assurant une gestion efficace des épisodes de soins.

En lien avec l'approche gériatrique, une formation a été réalisée auprès de tout le personnel, de même qu'une formation sur le délire et les troubles de déshydratation, favorisant des interventions préventives.

CHUQ — L'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise a fait l'objet de plusieurs mesures dans les dernières années : transformation d'un poste d'endocrinologue en poste d'interniste, augmentation des forfaits en omnipratique, réorganisation fonctionnelle de la courte durée gériatrique et de l'équipe d'intervention gériatrique, soutien de l'Agence afin de maintenir au minimum les lits occupés par la longue durée.

D'autres mesures se sont ajoutées en 2008-2009 et sont comprises dans le Plan des mesures spécifiques pour la DNU et la DPAPA – Hôpital Saint-François d'Assise. Cet hôpital a fait l'objet d'une visite du ministre de la Santé et des Services sociaux, le 17 février 2009. Entre autres, on remarque la mise en place d'un coordonnateur aux admissions et aux séjours (novembre 2008), l'ouverture d'une unité de décision clinique de six lits pour les clientèles de chirurgie, de gastroentérologie et d'urologie (novembre 2008), la présence d'un intervenant orienteur du CSSS à l'urgence (avril 2009), la mise en place de lits d'évaluation et d'orientation au CSSS de la Vieille-Capitale (processus en cours). Mentionnons enfin l'application des mesures additionnelles telle que la présence d'une infirmière du CRUV pour la clientèle de toxicologie, l'ajout d'une équipe matinale de gestion 7 jours par semaine, la révision du processus de travail à l'urgence, la consolidation des suivis des 48 heures et des épisodes de soins au quotidien par l'assistant infirmier-chef et la coordonnatrice à la gestion des lits, la consolidation du projet des cliniques-réseau et la consolidation de l'utilisation de la grille ISAR.

Autres objets de décision

Des mesures doivent aussi faire l'objet de décisions de la part des autorités régionales (DRMG, TRCDMS) et provinciales dans les prochaines semaines. Pour le CHUQ : l'ajout d'une troisième équipe de médecins omnipraticiens à l'Hôpital Saint-François d'Assise; l'ajout d'un poste de médecin spécialiste à l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise (par le transfert d'un poste du CSSS Rimouski-Neigette); l'ajout de deux médecins omnipraticiens, en dérogation, pour les urgences de l'Hôpital Saint-François d'Assise et de L'Hôtel-Dieu de Québec; l'entente IUCPQ et CHUQ-Hôpital Saint-François d'Assise relative à une offre de service sur place en pneumologie, qui prévoit l'ajout de trois postes RFI en pneumologie dans la région. Pour le CHA, les mesures proposées sont la consolidation de la troisième équipe et le recrutement de la quatrième équipe de médecins à l'hospitalisation.

Soins palliatifs

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.9.5	Nombre d'usagers recevant des services de soins palliatifs à domicile	2 073 (2 079)	2 080	1 997 (2 001)
1.9.6	Nombre moyen d'interventions en soins palliatifs à domicile par usager	20,5	16,50	22,50 (22,49)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CLSC en date du 22 mai 2009. L'écart entre les données du tableau de bord national et celles de la banque régionale tient à la présence d'un établissement, l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, à qui ont été confiées des activités dévolues aux CSSS pour la clientèle anglophone de la région, et que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2008-2009, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Nombre d'usagers recevant des services de soins palliatifs à domicile

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible n'est pas atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 2 001 usagers desservis, soit 79 usagers de moins que

l'engagement 2008-2009 (cible visée de 2 080 usagers). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, sauf le CSSS de la Vieille-Capitale.

Bien que la majorité des CSSS ait enregistré une baisse du nombre d'usagers, toutes les demandes en soins palliatifs ont été acceptées au soutien à domicile et codées comme tel au cours de l'année. Toutefois, il y a peut-être sous-estimation du nombre d'usagers, en raison de deux facteurs. D'une part, dans le cas des personnes déjà suivies au soutien à domicile et qui reçoivent des soins palliatifs en cours d'épisode de soins, le changement de code d'intervention ne se fait pas de façon systématique. D'autre part, un certain nombre de personnes qui reçoivent des soins palliatifs pour des maladies autres que le cancer ne sont pas nécessairement inscrites en soins palliatifs.

Les difficultés rapportées appellent une meilleure information à donner aux intervenants par les archivistes sur la saisie de données dans le contexte des soins palliatifs, ainsi qu'une plus grande vigilance quant au respect des codifications.

Nombre moyen d'interventions en soins palliatifs à domicile par usager

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une production totale de 22,49 interventions par usager, soit 5,99 interventions de plus que l'engagement 2008-2009 (cible visée de 16,50 interventions). Tous les établissements présentent un écart favorable par rapport à leur cible, sauf l'Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's (son niveau d'activité est cependant marginal).

Lutte contre le cancer

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines.		
Indicateur	Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	96,7	90,0	97,5

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une proportion de 97,5 % des patients traités dans les délais prescrits, soit 7,5 % de plus que l'engagement déboursé (cible visée de 90 %). Un seul établissement contribue à cette activité, soit le CHUQ.

Cardiologie tertiaire

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.		
Indicateur	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009*
1.9.8 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A	S. O.	85,0	91,1
Catégorie B	S. O.	80,0	98,0

* En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – catégorie A

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une proportion de 91,1 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 6,1 % de plus que l'engagement déboursé (cible visée de 85 %). Les deux établissements de la région qui pratiquent ce type d'intervention, soit l'IUCPQ et le CHUQ, ont contribué favorablement à ce résultat.

En 2008-2009, le pourcentage de demandes de services en hémodynamie (catégorie A) réalisées dans les délais affiche une hausse dans les deux établissements, comparativement à 2007-2008. À l'IUCPQ, le nombre de tuteurs médicamentés installés est passé de 20 % à 40 %, de même que le nombre moyen de ces tuteurs par usager (passant de 1,6 à 2,0 par patient). Trois facteurs expliquent cette augmentation : le nombre croissant de diabétiques aux prises avec cette cardiopathie; des problèmes de plus en plus complexes; une technologie plus performante rendant possible l'implantation des tuteurs à des usagers qui ne pouvaient auparavant bénéficier de ce traitement. Des coûts sont donc à prévoir consécutivement à cette augmentation.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à une proportion de 98 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 18 % de plus que l'engagement déboursé (cible visée de 80 %). Les deux établissements visés, soit l'IUCPQ et le CHUQ, ont contribué favorablement à ce résultat. Cette année, le pourcentage des demandes réalisées à l'intérieur des délais en hémodynamie (catégorie B) a augmenté significativement par rapport à l'année précédente, et ce, pour l'IUCPQ et le CHUQ.

Cardiologie tertiaire

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque.		
Indicateurs	Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.9.9 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Catégorie A	S. O.	85,0	92,9 (93,1)
Catégorie B	S. O.	80,0	95,5 (95,6)

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – catégorie A

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, la performance régionale se chiffre à 93,1 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 8,1 % de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (85 %). Un seul établissement, soit l'IUCPQ, contribue à cette activité.

L'établissement prévoit une augmentation de l'installation de valves aortiques percutanées. Il s'agit de valves cardiaques porcines (bioprothèses); elles sont implantées dans une artère, par cathéter, chez des patients pour qui la chirurgie est jugée trop risquée ou qui sont considérés comme médicalement inopérables. Cette nouvelle technologie constitue une solution de rechange au traditionnel remplacement valvulaire aortique. Des coûts reliés à cette augmentation devront être prévus. L'IUCPQ est reconnu

comme un pionnier pour cette technologie d'implantation de valve aortique percutanée. Par ailleurs une nouvelle génération de cœur mécanique, dénommée « assistance à flux axiale », a récemment fait son apparition.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, 95,6 % des demandes ont été réalisées dans les délais prescrits, soit 15,6 % de plus que la cible visée de 80 %. Un seul établissement, soit l'IUCPQ, contribue à cette activité.

Cardiologie tertiaire

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électrophysiologie.		
Indicateur	Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.9.10 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Catégorie A	63,5	65,0	62,6
Catégorie B	53,8	50,0	50,8

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – catégorie A

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible n'est pas atteinte. En effet, 62,6 % des demandes ont été réalisées dans les délais prescrits, soit 2,4 % de moins que l'engagement déboursé (cible visée de 65 %). Un seul établissement, soit l'IUCPQ, contribue à cette activité.

Les demandes en attente hors délais (HD) viennent essentiellement de transferts interétablissements (priorité 2) et doivent être réalisées dans un délai de moins de 48 heures. De plus, certains patients hors délais en fibrillation auriculaire (FA) dont la procédure est déjà planifiée ne peuvent être déplacés. Cela a pour effet d'augmenter le nombre d'usagers en attente HD. En dernier lieu, l'inscription d'un client pour une procédure d'électrophysiologie dans le système d'information pour la gestion de l'accès aux services (SGAS) crée automatiquement un HD les fins de semaine.

L'IUCPQ utilise actuellement le plein potentiel de ses deux laboratoires d'électrophysiologie (EEP). Les listes d'attente pour une procédure en EEP augmentent sans cesse. À titre informatif, dans le cas des patients en FA, la proportion d'ablations complexes comparativement aux ablations simples est passée de 12,9 % en 2005-2006 à 34,85 % en 2008-2009. Afin de diminuer la pression sur les salles d'EEP, l'établissement occupe, à raison d'une journée par semaine, une salle d'opération utilisée seulement trois jours par semaine (salle 2) afin d'y réaliser des cardiostimulateurs et des défibrillateurs non complexes qui ne nécessitent pas obligatoirement de salle d'EEP. Cette mesure instaurée récemment devrait permettre de réaliser 74 procédures supplémentaires en 2009-2010, tout en augmentant la disponibilité d'une salle d'EEP pour les ablations complexes.

Conformément aux recommandations du rapport de novembre 2007 du Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT) concernant l'accès aux services d'électrophysiologie, l'IUCPQ a présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale une demande pour le développement d'une troisième salle d'électrophysiologie d'intervention. Des discussions sont en cours actuellement. Dès que les informations supplémentaires seront obtenues pour compléter la documentation, l'Agence soumettra

au ministère de la Santé et des Services sociaux une demande d'avis de reconnaissance des besoins d'une troisième salle d'électrophysiologie d'intervention à l'IUCPQ, compte tenu de l'état des listes d'attente en EEP et des orientations ministérielles à cet égard (mars 2009).

Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En effet, 50,8 % des demandes ont été réalisées dans les délais prescrits, soit 0,8 % de plus que l'engagement déboursé (cible visée de 50 %). Un seul établissement, soit l'IUCPQ, contribue à cette activité.

En ce qui concerne la catégorie B, le nombre de procédures réalisées en 2008-2009 est de 1 060, soit une augmentation de 6 % comparativement à l'année précédente. Sur les 486 demandes d'ablation de cette catégorie (priorité 3, 4 et 5), 248 ont été réalisées dans les délais (51 %), chiffre qui tient compte des demandes hors délais motivées.

Chirurgie

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.		
Indicateurs	Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées (PTH)	549 (548)	572	599 (610)
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées (PTG)	788 (792)	805	814 (837)
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	7 906 (7 907)	7 852	8 351 (8 533)
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	24 828 (24 829)	25 948	22 839 (25 619)
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	20 703 (20 697)	20 537	16 647 (20 338)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence en fonction d'une méthode d'estimation de la production, laquelle présente une forte concordance avec les validations ministérielles faites à partir du fichier Med-Écho. Les données du tableau de bord national sont tirées de SIMASS. Dans le cas des indicateurs 1.9.14 et 1.9.15, les écarts entre les deux sources de données sont trop importants pour que les informations tirées de SIMASS soient utilisées sans préjudice.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En 2008-2009, 610 chirurgies ont été réalisées, soit 196 procédures additionnelles par rapport au point de départ (activité en 2002-2003). Un seul établissement présente un écart défavorable, de 35, par rapport à sa cible.

Le nombre croissant de procédures de révision de prothèses de la hanche permet d'expliquer une partie de l'écart des 35 chirurgies non réalisées à la cible pour le CHUQ, étant donné que ces procédures demandent plus de temps opératoire. En outre, la clientèle pour cette intervention chirurgicale est souvent aux prises avec des comorbidités (problèmes de santé connexes), condition qui a pour effet d'augmenter considérablement les durées moyennes de séjour, et du même coup d'entraîner un manque de disponibilité de lits d'hospitalisation. De plus dans un tel contexte, le caractère électif de ce type de chirurgie est plus propice au report chirurgical.

Le CHUQ, en collaboration avec l'Agence, a évalué la possibilité de mettre en place des lits subaigus en phase postopératoire afin de libérer des lits d'hospitalisation, mais cette solution n'a pu être mise en œuvre à court terme étant donné le manque d'effectif médical nécessaire à la concrétisation d'un tel projet.

L'Hôpital Saint-François d'Assise et L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ ont reçu la visite du Comité conjoint FMSQ-MSSS sur l'amélioration du fonctionnement du bloc opératoire, le 3 juin 2008 et le 8 octobre 2008 respectivement. En suivi de ces rapports, plusieurs recommandations ont été formulées et intégrées dans des plans d'action propres à chacun des blocs opératoires. Ces plans d'action permettront de faciliter l'atteinte des cibles de production inscrites aux ententes de gestion.

Nombre d'arthroplasties du genou réalisées

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En 2008-2009, 837 chirurgies ont été réalisées, soit 402 procédures additionnelles par rapport au point de départ (activité en 2002-2003). Un seul établissement, soit le CHUQ, présente un écart défavorable par rapport à sa cible.

Comparativement à l'année précédente, il y a eu en 2008-2009, une augmentation de production régionale de l'ordre de 45 chirurgies supplémentaires pour l'installation de prothèse totale du genou (PTG). La cible pour la PTG n'est pas atteinte au CHUQ, principalement pour les mêmes raisons que celles invoquées à l'indicateur 1.9.11, soit le manque de disponibilité des lits d'hospitalisation. Étant donné le caractère électif de ces chirurgies, elles sont également plus exposées à l'annulation en cas d'engorgement des unités de soins.

Afin de résoudre les difficultés éprouvées au regard de la PTG, le CHUQ a procédé à une révision complète du suivi systématique de l'épisode de soins de cette clientèle dans le but d'assurer une trajectoire fluide et optimale, en prenant compte de l'ensemble des éléments constituant son parcours. De plus, ayant un souci d'optimiser la disponibilité de ses plateaux techniques et de diminuer la contrainte reliée aux lits d'hospitalisation ci-haut mentionnée, l'établissement a récemment introduit la possibilité d'effectuer des chirurgies de prothèse totale de genou au CHUL. En 2008-2009, deux chirurgies ont été réalisées au CHUL à la période 13. Le potentiel de production annuelle de cette nouvelle offre de service, évalué par le CHUQ, représente entre trente et quarante chirurgies supplémentaires pour 2009-2010, ce qui contribuera à l'atteinte de la cible.

Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible est atteinte. En 2008-2009, 8 533 chirurgies ont été réalisées, soit 2 704 procédures additionnelles par rapport au point de départ (activité en 2002-2003). Tous les établissements atteignent leur cible de production.

L'Agence, en étroite collaboration avec le CHUQ et le CHA, a procédé au transfert de la phase II de cette importante réorganisation régionale amorcée en 2005. À cet égard, le transfert intégral des activités en ophtalmologie adulte au Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) du CHA est effectif depuis le 1er avril 2009. Cela signifie que l'ensemble de la clientèle adulte ayant besoin de soins en ophtalmologie y sera traité. Les usagers bénéficieront d'un environnement récemment construit et d'un plateau technique à la fine pointe de la technologie, tant pour les chirurgies de cataracte que pour les chirurgies de la rétine et de la cornée, y compris la greffe de cornée.

Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)

Au terme de la période 13, les résultats montrent que la cible n'est pas atteinte. En 2008-2009, 25 619 chirurgies ont été réalisées, soit 2 300 procédures additionnelles par rapport au point de départ (activité en 2002-2003), mais 329 de moins que la cible fixée de 25 948. Deux établissements, soit le CHA et le CHUQ, présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

Dans le cadre de la production chirurgicale d'un jour (CDJ), plusieurs facteurs permettent d'expliquer la non-atteinte de la cible et ce, pour les deux établissements. Dans le cas du CHA, un phénomène de

vacance des priorités opératoires en septembre 2008 permet d'expliquer principalement les 430 chirurgies en moins par rapport à la cible. En revanche, la cible de production de CDJ faite au bloc externe de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus a dépassé sa cible de 44 chirurgies.

L'activité du CHUQ a diminué au regard de sa cible, principalement en raison de l'absence temporaire d'un anesthésiste, qui se serait traduite par 259 interventions en moins. En outre au CHUL, deux chirurgiens-plasticiens ont quitté leur fonction au cours de l'année, ce qui s'est traduit par une réaffectation de ces priorités opératoires et une diminution de la production en chirurgie d'un jour, car approximativement 75 % des chirurgies en plastie sont ambulatoires. Il convient également de souligner qu'en chirurgie d'un jour, les heures-présence ont augmenté de 163 heures au bloc opératoire du CHUQ.

Le bloc opératoire de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA a reçu la visite du Comité conjoint FMSQ-MSSS sur l'amélioration du fonctionnement des salles d'opération le 12 mars 2008 et le 3 février 2009. À la suite de la première visite, un plan de travail a été instauré dans le but d'améliorer l'efficience du bloc opératoire et de satisfaire aux recommandations du comité conjoint. Les mesures portaient principalement sur la réorganisation clinique, la création d'une salle d'induction, l'achat d'instrumentation et un plan de relève de la main-d'œuvre.

Afin de maximiser l'utilisation des priorités opératoires disponibles, des efforts ont été déployés par le CHA tout au long de l'année : relances fréquentes auprès des chirurgiens à l'interne, réattribution des priorités, de même que le recrutement de chirurgiens à l'externe, actuellement en orthopédie. Quatre infirmières auxiliaires, dont une à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, pratiquent au sein du bloc opératoire. Cette nouvelle mesure permet de diminuer les annulations chirurgicales reliées à la pénurie de personnel.

Pour le CHUQ, le bloc opératoire de L'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Hôpital Saint-François d'Assise a également reçu la visite du Comité conjoint FMSQ-MSSS, respectivement les 3 juin et 8 octobre 2008. Dans la foulée de ces visites, l'établissement a réalisé des plans d'action incluant plusieurs mesures visant à augmenter l'efficience des blocs opératoires et, par la même occasion, à augmenter la production chirurgicale (achat de petits instruments, révision des processus, implication du directeur des services professionnels et de la directrice des soins infirmiers au comité du bloc, création d'un corridor dédié aux urgences le vendredi).

Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant prothèse totale de la hanche [PTH] et prothèse totale du genou [PTG])

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible. La performance régionale a permis une production totale de 20 338 chirurgies, soit 157 procédures de moins par rapport au point de départ (activité en 2002-2003). Deux établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible : le CHUQ et le CHA.

Bien que le CHA ait réalisé en 2008-2009 une augmentation importante de sa production de chirurgies orthopédiques ciblées (PTG et PTH), l'établissement nous signale que cette priorisation a eu un impact considérable sur les disponibilités opératoires dédiées aux autres types de chirurgies hospitalisées. De plus, l'augmentation de la durée opératoire moyenne par chirurgie aurait contribué à diminuer les heures opératoires disponibles.

Le CHUQ, comme mentionné en CDJ, a connu une baisse de sa production chirurgicale, ce qui inclut aussi les autres chirurgies hospitalisées, compte tenu de l'absence temporaire d'un anesthésiologiste. De plus, le réaménagement des priorités opératoires occasionné par le départ de deux chirurgiens-plasticiens a également eu une incidence sur la non-atteinte de la cible. Pour l'Hôpital Saint-François d'Assise, les problèmes occasionnés par le manque de lits d'hospitalisation des chirurgies électives permettent d'expliquer la diminution de 36 chirurgies pour la catégorie autres chirurgies hospitalisées. À l'HDQ, la modification du type d'intervention chirurgicale (CDJ versus hospitalisée) a généré une diminution de 35 chirurgies hospitalisées au profit d'une augmentation de la CDJ.

Les mesures antérieurement décrites à l'indicateur 1.9.14 concernant les visites du Comité conjoint FMSQ-MSSS, de même que les actions rigoureuses prises par les deux établissements pour optimiser et améliorer l'efficience de leur bloc opératoire devraient permettre d'améliorer la production des autres chirurgies en mode hospitalisé.

Chirurgie

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.		
Indicateurs	Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	S. O.	90,0	87,9
1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	S. O.	90,0	85,3
1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	S. O.	90,0	98,4

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale a atteint 87,9 % des chirurgies réalisées dans les délais prescrits, soit 2,1 % de moins que la cible visée au 31 mars 2009 (engagement déboursé 2008-2009 de 90 %). Un seul établissement n'atteint pas la cible qui lui a été fixée, soit le CHUQ.

Pour le CHUQ, la non-disponibilité des lits d'hospitalisation pour la chirurgie élective semble être au cœur de la non-atteinte de la cible visée. Il est important de mentionner que l'écart observé s'explique également par le nombre de clients opérés en urgence à l'Hôpital Saint-François d'Assise pour des cas de fracture de la hanche. Cette réalité affecte considérablement les admissions électives des chirurgies de PTH et a une incidence sur la disponibilité des lits d'hospitalisations. Bien que L'Hôtel-Dieu de Québec réalise aussi des PTH, la mission oncologique qui lui est confiée est priorisée.

Le CHUQ vise une utilisation optimale de ses lits dédiés à la chirurgie élective. Chaque jour, les situations de report de chirurgie sont attentivement analysées par les gestionnaires du bloc opératoire, le coordonnateur médical et les administrateurs. Il est à noter que la situation des listes d'attentes, de la production chirurgicale et des ententes de gestion sont présentées et discutées à chacune des rencontres du comité aviseur du bloc opératoire de l'Hôpital Saint-François d'Assise et de L'Hôtel-Dieu de Québec. Plusieurs actions sont posées avant de s'engager sur la voie de l'annulation.

L'établissement poursuit également l'objectif de diminuer le nombre de clients hors délais en priorisant ces derniers. À cet effet, un suivi est adressé à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale qui désire être informée de ces annulations. Des discussions concernant la deuxième offre sont en cours. Les réunions statutaires téléphoniques en compagnie du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Agence et des responsables locaux de l'accès se poursuivent mensuellement et les

situations hors délais y sont discutées. Finalement, l'Agence observe et analyse hebdomadairement la situation régionale de l'accès à l'aide des rapports de l'entrepôt SIMASS afin de corriger la situation, s'il y a lieu.

Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale a atteint 85,3 % des chirurgies réalisées dans les délais prescrits, soit 4,7 % de moins que la cible visée au 31 mars 2009 (engagement déboursé 2008-2009 de 90 %). Un seul établissement n'atteint pas la cible qui lui a été fixée, soit le CHUQ

Bien que des difficultés aient été rencontrées par le CHUQ en lien avec cet indicateur, l'accès de la clientèle PTG dans les délais prescrits demeure une priorité pour l'établissement. Tel que mentionné à l'indicateur 1.9.20, comme l'Hôpital Saint-François d'Assise opère un bon nombre de clients ayant un traumatisme orthopédique tel que les fractures, ces chirurgies urgentes mobilisent énormément de temps opératoire et, compte tenu d'une limite au niveau des lits d'hospitalisation, l'établissement est contraint d'annuler un certain nombre de chirurgies électives.

Le CHUQ poursuit l'objectif de traiter 90 % des patients à l'intérieur de 6 mois d'attente pour les PTG. Pour ce faire, l'établissement a mis en place un corridor de service chirurgical au CHUL pour y opérer cette clientèle. Cette mesure devrait, selon l'évaluation de l'établissement, permettre de traiter entre 30 et 40 clients supplémentaires en attente de PTG dans la prochaine année.

Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale a atteint 98,4 % des chirurgies réalisées dans les délais prescrits, soit 8,4 % de plus que la cible visée au 31 mars 2009 (engagement déboursé 2008-2009 de 90 %). Un seul établissement n'atteint pas la cible qui lui a été fixée, soit le CHUQ. Son niveau d'activité est cependant marginal.

Le transfert des activités en ophtalmologie du CHUQ vers le Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) du CHA permet d'expliquer l'écart actuel du CHUQ. En effet, ce transfert a occasionné une baisse de production graduelle en vue du déménagement des activités et du rapatriement de la liste d'attente des clientèles adultes vers une liste unique au CUO.

Étant donné que l'ensemble des activités en ophtalmologie adulte seront réalisées au CUO à partir du 1er avril 2009 et que 99,4 % de celles-ci sont accomplies dans les délais prescrits, aucune mesure additionnelle ne semble requise.

2.12 LUTTE AUX INFECTIONS

Prévention et contrôle – infections nosocomiales

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		Diminuer les taux d'infections nosocomiales.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008*	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009**
2.2.2 Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Répertoire	13,89	100	89,5 (78)
	Catégorisation	5,56	100	89,5 (78)
	Accord responsable	30,56	100	75,3 (24)
	Accord au c.a.	2,78	100	25,9 (14)
	Désignation resp.	2,78	100	90,6 (35)

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les valeurs calculées par l'Agence à partir des rapports GESTRED par établissement, en date du 15 mai 2009. Le rapport régional sur lequel se fonde le TBIG du Ministère est invalide, car il présente des erreurs de compilation du nombre d'installations par établissement. Par exemple selon le rapport régional, 135 installations sur 152 auraient réalisé la première étape, alors que la compilation par établissements montre plutôt un total de 38 installations sur 49, ce qui est beaucoup plus près de la réalité.

* En date du 30 avril 2008.

** En date du 14 mai 2009 (TBIG).

Soixante-dix-huit pour cent des installations ont complété le répertoire des surfaces et la catégorisation (38 des 49 installations ayant répondu, pour 11 établissements); 24 % ont conclu l'accord de responsabilité (12 installations sur 49, pour 5 établissements); 14 % ont entériné l'accord au conseil d'administration (7 installations sur 49, pour 3 établissements); enfin, 35 % ont mis en application les nouvelles responsabilités (17 installations sur 49, pour 5 établissements).

Tous les établissements ont démarré le processus. Le plus grand défi est de convaincre les établissements d'investir le temps et l'argent nécessaires à l'application des lignes directrices. Afin d'atteindre les objectifs de l'indicateur, l'Agence a mis sur pied un comité *ad hoc* chargé d'accompagner les établissements.

Le travail de catégorisation ainsi que l'inventaire doivent être réalisés par une équipe multidisciplinaire chapeautée par le responsable du risque infectieux de l'établissement. La multitude de dossiers horizontaux à traiter, qui s'ajoute à la prestation de services et aux dossiers quotidiens, entraîne le désengagement des équipes à réaliser le mandat.

La mise en œuvre de l'indicateur demande que les établissements augmentent le financement planifié pour ces mesures, sans que leur budget soit augmenté d'autant, ce qui signifie une diminution directe pour les autres services. Les établissements sont réticents à s'engager dans cette voie.

Parmi les mesures prises par les établissements pour corriger la situation, on compte le partage d'information, comme une utilisation commune des répertoires déjà réalisés par les établissements ayant les mêmes clientèles.

Un financement devrait être envisagé afin d'inciter les établissements à implanter les mesures.

Attentes régionales

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Objectif :	Mettre en place le guichet unique.
Résultats au 31 mars 2009 :	Dans le cadre du projet clinique pour personne en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) et de l'élaboration du plan d'action pour les personnes âgées, la région s'est fixé comme cible la mise en place de guichets d'accès pour le réseau local de services. Les travaux de cette année mèneront à l'implantation des guichets d'accès dans les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord en septembre 2009. Tous les services destinés aux personnes âgées transiteront donc par ces guichets, ce qui permettra d'optimiser le continuum de services en PALV et d'assurer une meilleure orientation des usagers. Les quatre territoires de CSSS auront alors leur guichet puisque ceux de Portneuf et de Charlevoix sont en place depuis quelques années.

Objectif :	Déposer à l'Agence l'état de la liste d'attente et les moyens de résorption prévus (*cf.* indicateur 1.3.1).
Résultats au 31 mars 2009 :	Trois établissements sur cinq ont une liste d'attente minime. Le budget de développement alloué en 2008-2009 a permis aux établissements de diminuer la liste des patients en attente de services en soutien à domicile (SAD). Les CSSS poursuivront, durant l'année, la révision des charges de cas et l'offre de service afin d'améliorer les services en SAD.

Objectif :	Implanter et mettre en opération le logiciel E-SMAF.
Résultats au 31 mars 2009 :	Le logiciel E-SMAF est installé dans l'ensemble des CSSS et pour les services de langue anglaise. Les établissements ont formé leurs intervenants pour l'utilisation du logiciel. Ce nouvel outil permet d'attribuer un profil à chaque usager et, sur la base de ce profil, de mieux orienter le patient en fonction de ses besoins.

Objectif :	Réviser le mode d'organisation des services gériatriques locaux et déposer à l'Agence le document sur la révision.
Résultats au 31 mars 2009 :	Un comité de travail regroupant les hôpitaux de jour ainsi que les équipes de gériatrie et de psychogériatrie communautaires a été mis sur pied avec comme mandat d'analyser les difficultés éprouvées par ces services de deuxième ligne. Un cadre de référence présentant les résultats d'analyse et la proposition de réorganisation dans un principe d'optimisation de ces services a été déposé par le comité de travail et adopté par la Table des directeurs généraux adjoints des établissements de la région.

Déficience physique

Objectif :	Désigner le gestionnaire d'accès.
Résultats au 31 mars 2009 :	Les gestionnaires d'accès sont désignés dans tous les établissements visés, c'est-à-dire les CSSS et les centres de réadaptation.

Objectif :	Répondre à 100 % des demandes de priorité urgente dans les délais prescrits (72 heures).
Résultats au 31 mars 2009 :	Cible atteinte.

Objectif :	Répondre à 75 % des demandes de priorité élevée pour les enfants de moins de 6 ans dans les délais prescrits (33 jours pour les services en CSSS).
Résultats au 31 mars 2009 :	Les établissements rapportent que les cibles sont atteintes.

Objectif :	Répondre à 75 % des demandes de priorité élevée pour les enfants de moins de 6 ans dans les délais prescrits (97 jours pour la deuxième ligne, mission réadaptation).
Résultats au 31 mars 2009 :	Cible atteinte. L'IRDPQ a répondu à 85 % des demandes dans les délais prescrits.

Objectif :	Mettre en place les mesures nécessaires à l'application des normes de continuité.
Résultats au 31 mars 2009 :	Le rôle d'intervenant pivot est attribué. Cette fonction fait l'objet de travaux régionaux, y compris de la formation.

Objectif :	Valider la liste d'attente du 8 novembre 2008 et déposer un plan de résorption de cette liste dans un délai maximal de deux ans.
Résultats au 31 mars 2009 :	Les listes d'attente ainsi que le plan de résorption des établissements ont été déposés. Les établissements s'engagent à éliminer leur liste d'attente au 31 mars 2010, selon les paramètres du plan d'accès.

Objectif :	Élaborer le Plan d'amélioration de l'accès et de la continuité (état de situation pour le 4 mars 2009; mise en œuvre pour le 15 mai).
Résultats au 31 mars 2009 :	Tous les établissements ont atteint la cible ou sont sur le point de l'atteindre.

Objectif :	Mettre en œuvre le Plan d'amélioration de l'accès et de la continuité pour le 15 mai 2009.
Résultats au 31 mars 2009 :	En cours d'élaboration.

Objectif :	Augmenter l'offre de service aux proches aidants en utilisant le budget de développement dédié au répit planifié.
Résultats au 31 mars 2009 :	Une majoration de l'offre de service est constatée dans trois CSSS; au CSSS de Portneuf, les travaux sont en cours.

Objectif :	CSSS : Assurer la prise en charge, dans un délai maximal de 72 heures après la date d'admissibilité, des usagers des centres hospitaliers de soins généraux spécialisés ayant besoin de services externes de réadaptation fonctionnelle intensive à l'IRDPQ. Atteindre 100 % de l'objectif au 31 mars 2009.
Résultats au 31 mars 2009 :	Des travaux régionaux sont en cours.

Objectif :	IRDPQ : Assurer la prise en charge, dans un délai maximal de 72 heures après la date d'admissibilité, des usagers des centres hospitaliers de soins de courte durée de la Capitale-Nationale ayant besoin de soins de réadaptation fonctionnelle intensive, tant à l'interne qu'à l'externe. Atteindre 100 % de l'objectif.
Résultats au 31 mars 2009 :	La cible n'est pas atteinte. Actuellement, le délai est de 96 heures pour les usagers du CHA, et de 144 heures pour l'ensemble des CH. L'IRPDQ révise ses processus de façon à atteindre la cible.

Objectif :	IRDPQ : Atteindre une moyenne générale minimale de 41,08 heures de prestation de services par usager, soit 48,67 en déficience motrice, 16,72 en déficience visuelle, 34,59 en déficience auditive et 74,3 en déficience du langage et de la parole.
Résultats au 31 mars 2009 :	La moyenne générale de 42,30 heures dépasse l'engagement (41,08). Toutefois, les cibles fixées en déficience auditive et en déficience du langage et de la parole ne sont pas atteintes. Un suivi particulier sera fait pour ces deux secteurs.

Déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED)

Objectif :	Désigner le gestionnaire d'accès.
Résultats au 31 mars 2009 :	Tous les établissements ont nommé un gestionnaire d'accès et un substitut. La collaboration des gestionnaires d'accès se situe aux niveaux local et régional. Au niveau local, ils ont à veiller à l'implantation et au respect du plan d'accès. Au niveau régional, ils ont participé à plusieurs rencontres, dont celles d'un comité de travail visant la détermination d'une définition commune des normes de continuité du plan d'accès.

Objectif :	Répondre à 100 % des demandes de priorité urgente dans les délais prescrits (72 heures).
Résultats au 31 mars 2009 :	Tous les établissements ont offert un premier service aux personnes dont la demande était de niveau de priorité urgent selon les délais prescrits. Atteinte régionale : 100 % de la cible.

Objectif :	Répondre à 75 % des demandes de priorité élevée pour les enfants de moins de 6 ans dans les délais prescrits (33 jours pour les services en CSSS).
Résultats au 31 mars 2009 :	Au 31 mars, tous les CSSS ont répondu à 75 % des demandes de priorité élevée pour les enfants de moins de 6 ans dans les délais prescrits (33 jours pour les services en CSSS). Selon eux, afin de maintenir cette performance, il faudra soutenir la fonction d'intervenant pivot. Des travaux régionaux sont en cours afin de déterminer une définition commune de cette fonction et de ses exigences.

Objectif :	Répondre à 75 % des demandes de priorité élevée pour les enfants de moins de 6 ans dans les délais requis (97 jours pour la deuxième ligne, mission réadaptation).
Résultats au 31 mars 2009 :	Les délais d'attente sont respectés dans une proportion de 33 %. Plusieurs demandes sont en attente pour cause de dossier incomplet. Pour pallier cette situation, deux mesures s'imposent : inscrire l'information sur le diagnostic de DI ou de TED dès l'étape de la collecte de données, et s'entendre avec l'établissement orienteur sur les informations requises pour considérer un dossier comme complet. Par ailleurs au moment de la signature de l'addenda à l'entente de gestion, le CRDIQ avait manifesté sa crainte de ne pouvoir offrir de services d'intervention comportementale intensive (ICI) aux enfants ayant reçu récemment un diagnostic de TED. À cet égard, le Centre de pédopsychiatrie a fait un effort particulier qui a porté fruit mais qui a eu comme effet de créer un bouchon pour l'accès aux services de réadaptation. Des travaux sont en cours afin d'augmenter l'offre de service.

Objectif :	Mettre en place les mesures nécessaires à l'application des normes de continuité.
Résultats au 31 mars 2009 :	Un intervenant pivot établissement est attribué à chaque usager. Un intervenant pivot réseau est attribué lorsque la situation l'exige. Bien que chaque établissement ait attribué un intervenant pivot à chaque usager, tous ont convenu de poursuivre des travaux afin de se donner des orientations régionales au regard de la fonction intervenant pivot établissement et réseau. On entrevoit également la nécessité de former les personnes qui assumeront cette fonction. Pour ce qui est du plan de services individualisé (PSI), des orientations régionales sont également à élaborer.

Objectif :	Valider la liste d'attente du 8 novembre 2008 et déposer au Ministère un plan de résorption, dans un délai maximal de deux ans, de cette liste d'attente.
Résultats au 31 mars 2009 :	La liste d'attente au 8 novembre 2008 a été validée et un plan de résorption sur 2 ans a été déposé au Ministère. Les établissements ont fourni un effort considérable et dès le 31 mars 2009, ils avaient répondu à 69 % des personnes en attente au 8 novembre 2008, ce qui était plutôt le résultat attendu à la fin de l'année 1 du plan de résorption, soit novembre 2009.

Objectif :	Élaborer le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (état de situation pour le 4 mars 2009; mise en œuvre du plan pour le 15 mai 2009).
Résultats au 31 mars 2009 :	Un plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité a été déposé au MSSS (le 1er décembre 2008 pour le volet 1, et le 31 mars 2009 pour le volet 2). Chaque établissement déposera à l'Agence, à la mi-juin 2009, un plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité.

Objectif :	Mettre en œuvre le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité pour le 15 mai 2009.
Résultats au 31 mars 2009 :	Une planification régionale a été réalisée au regard de l'organisation des services et des ressources pour atteindre les standards d'accès et de continuité; partage des responsabilités pour agir sur les éléments des trajectoires de services ayant un impact sur le plan d'accès; soutenir l'implantation du Plan d'amélioration de l'accès et de la continuité. Durant la prochaine année, les actions de l'Agence viseront l'atteinte des objectifs du plan régional, en collaboration avec les établissements.

Objectif :	Augmenter l'offre de service aux proches aidants en utilisant le budget de développement dédié au répit planifié.
Résultats au 31 mars 2009 :	En 2008-2009, le programme de soutien aux organismes de répit, dépannage et gardiennage a subventionné 26 projets, pour un montant total de 648 635 $. Ce soutien a permis d'augmenter de façon significative l'offre de services de répit aux familles naturelles ayant la responsabilité d'une personne présentant un handicap. L'année 2008-2009 a également permis aux responsables de donner une structure financière et organisationnelle au programme, soit, entre autres, un cadre de gestion, des modalités administratives, un cadre de référence pour la présentation de projets de répit et une liste des ressources de répit disponibles.

Jeunes en difficulté

Objectif :	CSSS : Offrir un programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise en collaboration avec le Centre jeunesse de Québec (CJQ).
Résultats au 31 mars 2009 :	À l'heure actuelle, le CSSS de Portneuf est le seul des quatre CSSS de la région à offrir un programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise en collaboration avec le CJQ. Un comité de travail a été mis sur pied afin d'élaborer un tel programme dans les trois autres territoires de CSSS (Charlevoix, Québec-Nord et Vieille-Capitale), et ce, en collaboration avec le CJQ. L'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's collabore aux travaux afin d'assurer l'accès aux services pour la clientèle anglophone. Il est prévu que le programme soit opérationnel dans les trois CSSS visés au 31 mars 2010; la phase d'implantation commencera à l'automne 2009.

Objectif :	CSSS : Assurer un accès prioritaire aux usagers ayant besoin de services dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), notamment dans le cas de durée maximale de placement.
Résultats au 31 mars 2009 :	Afin d'assurer un accès prioritaire aux usagers ayant besoin de services dans le cadre de la LPJ, les CSSS ont pris certaines mesures, dont : la consolidation et le raffinement des mécanismes d'orientation avec le CJQ, la mise en place de mécanismes d'accès en santé mentale (guichet) et en famille-enfance-jeunesse (accueil), l'utilisation de grilles de priorisation et l'ajout de ressources. Il convient également de mentionner les travaux du comité conjoint Agence-CJ-CSSS sur les modifications à la LPJ et leurs répercussions sur la prestation de services, notamment en ce qui a trait aux durées maximales de placement.

Objectif :	CJQ : Convenir, avec les établissements visés, de protocoles garantissant l'accès aux services, particulièrement dans le cas de durée maximale de placement.
Résultats au 31 mars 2009 :	Le CJQ a fait des démarches auprès des partenaires du réseau en vue de les sensibiliser aux modifications à la LPJ et d'assurer un accès prioritaire aux services pour le parent dont l'enfant est placé pour une durée maximale : rencontre avec les directions générales adjointes des établissements du réseau pour leur préciser les responsabilités que leur confie la loi et sur l'importance de mettre en priorité les situations qui impliquent le placement d'un enfant; démarche auprès des CSSS et du médecin-chef de la psychiatrie adulte pour qu'ils accordent une priorité accrue aux situations d'enfants placés lorsque le parent doit recevoir des services.

Santé mentale jeunesse

Objectif :	CSSS : Répondre aux usagers en attente de services de première ligne en santé mentale (*cf.* indicateur 1.8.9 et 1.8.1 dans le tableau de bord Infocentre/Agence).
Résultats au 31 mars 2009 :	Les situations d'attente pour les services de première ligne en santé mentale jeunesse persistent, et ce, malgré les efforts consentis par les établissements. Les problèmes principaux sont : le manque de ressources, particulièrement en psychologie, la charge de travail (l'utilisation des ressources en amont et en aval des services spécialisés), l'augmentation du nombre d'orientations, la durée des suivis et une mauvaise codification des activités. Les efforts des établissements se sont traduits notamment par l'ajout de ressources, l'utilisation d'une grille de priorisation et la révision des charges de cas. Des mesures de soutien ont aussi été mises en place, dont des services psychosociaux aux jeunes en attente d'évaluation et à leur famille. En 2009-2010, une série d'actions seront entreprises afin de poursuivre la consolidation et l'optimisation des services, dont la réalisation d'un bilan d'implantation, l'implantation de l'outil de priorisation de clientèle (RIFCA), l'élaboration d'un cadre de départage première ligne-deuxième ligne, la mise à jour du cadre normatif et la révision de la gestion de l'attente (réponse aux clients, personne à qui se référer).

Santé mentale adulte

Objectif :	CSSS : Diminuer de 50 % la liste d'attente (*cf.* indicateur 1.8.9 et 1.8.2 dans le tableau de bord Infocentre/Agence).
Résultats au 31 mars 2009 :	Entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2009, la liste d'attente a diminué de 30,5 %, au lieu des 50 % attendus, pour passer de 759 usagers à 523. Néanmoins, une augmentation de productivité est constatée pour trois des quatre CSSS de la région. Ainsi au CSSS de Charlevoix, la liste d'attente est restée la même durant cette période (45), mais la productivité a augmenté de 78 % avec 188 usagers de plus que l'an passé (de 239 à 427 usagers en 2009). Au CSSS de Québec-Nord, le nombre d'usagers a augmenté de 10 %, 184 usagers de plus qu'en 2008 (1 895 usagers desservis en 2007-2008 à 2079 usagers au 31 mars 2009). Le CSSS de Portneuf affiche une augmentation de 2,3 % de productivité et sa liste d'attente est passée de 45 à 32. En revanche, au CSSS de la Vieille-Capitale, la productivité a diminué de 14 % (2 238 usagers en 2008-2009 *versus* 2 613 en 2007-2008). Cela s'explique par la réorientation de la clientèle « santé mentale menacée » vers les services psychosociaux généraux pour correspondre aux orientations du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Par ailleurs, l'indicateur 1.2.2 (services psychosociaux généraux) montre une augmentation de 50 % dans ce secteur d'activité, soit 990 usagers de plus. La liste d'attente est passée de 550 à 336 usagers, soit une réduction de 40 %. En outre, le CSSS de la Vieille-Capitale s'est investi dans le projet de recherche régional « Cible qualité pour une meilleure qualité des soins de première ligne en santé mentale » pour plus de 700 heures professionnelles. Il n'y a aucune liste d'attente pour les adultes à l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's.

Objectif :	IUSMQ : Implanter une nouvelle équipe de suivi intensif afin d'accroître de 80 le nombre de places. Point de départ : engagement 2007-2008 de 90 places.
Résultats au 31 mars 2009 :	Les travaux réalisés en cours d'année ont permis de convenir de l'implantation d'une équipe de traitement intensif bref à domicile par l'IUSMQ. Cette équipe sera implantée en 2009-2010 et l'Agence en suivra la mise en place. De plus, l'IUSMQ s'est engagé à développer une deuxième équipe de suivi intensif dans la communauté d'environ 80 places.

Dépendances

Objectif :	Rencontrer, évaluer 900 personnes par année et les orienter vers les ressources appropriées (équipes de liaison spécialisées en dépendances aux urgences du CHUL et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus).
Résultats au 31 mars 2009 :	Cible atteinte. Les équipes de liaison spécialisées en dépendances aux urgences du CHUL et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus ont orienté 928 personnes vers le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.

Attentes administratives au regard du programme de santé publique

2.13 DÉVELOPPEMENT DE L'ADAPTATION ET DE L'INTÉGRATION SOCIALE

Services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)

Objectif :	Proportion de femmes de 20 ans ou plus et sous-scolarisées ayant accouché dans l'année, rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.
Résultat attendu :	Rejoindre 31 % des femmes (85 mères pour les 4 CSSS).

Objectif :	Proportion de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année et rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.
Résultat attendu :	Rejoindre 78 % des femmes (94 mères pour les 4 CSSS).

Objectif :	Assurer l'implantation du volet « Environnements favorables » des SIPPE et participer à la détermination des orientations régionales.
Résultat attendu :	Transmettre à l'Agence le nombre et le type d'actions ou projets.

Ce sont 198 mères accouchées qui ont été rejointes par les quatre CSSS de la région pour l'année 2008 2009, au-delà de la cible régionale qui avait été établie à 182 mères accouchées. Dans l'ensemble, les quatre CSSS ont atteint leur cible respective.

Le comité régional mis en place en 2008 visant à déterminer les modalités de suivi des indicateurs, les cibles à atteindre et l'offre de service adéquate en fonction de l'augmentation du volume de mères à rejoindre, poursuit ses travaux. En 2008-2009, les travaux du comité ont contribué à l'amélioration du suivi des données dans la banque I-CLSC et à l'harmonisation des pratiques des intervenants des CSSS.

Programme OLO (œuf, lait, orange)

Objectif :	Proportion de mères sous le seuil de faible revenu à rejoindre.
Résultat attendu :	1 072 mères pour les 4 CSSS.

En 2008-2009, 1 029 mères ont été rejointes par les 4 CSSS, soit 43 de moins que la cible régionale (fixée à 1 072 mères). Le CSSS de Québec-Nord présente un écart défavorable par rapport à sa cible, alors que les CSSS de Portneuf, de Charlevoix et de la Vieille-Capitale ont atteint ou dépassé leur cible respective.

École en santé

Objectif :	Assurer l'implantation de l'intervention globale et concertée de promotion et prévention à partir de l'approche École en santé.
Résultat attendu :	Soutenir l'implantation de l'approche dans au moins 15 écoles et explorer l'implantation de l'approche dans au moins 9 nouvelles écoles.

Les quatre CSSS et l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's contribuent à l'implantation de l'approche École en santé conjointement avec les commissions scolaires de la région. En 2008-2009, l'implantation de l'approche était surtout axée sur les meilleures pratiques, ce qui permet d'accompagner les écoles à partir de leur réalité. L'approche École en santé est actuellement implantée dans 14,6 % des écoles primaires et secondaires du territoire, soit une trentaine d'écoles.

2.14 HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Centres d'abandon du tabagisme (CAT)

Objectifs :	✓ Assurer les services d'intervention individuelle et de groupe en cessation tabagique ainsi que la formation en intervention brève au personnel du CSSS. ✓ Participer aux travaux d'harmonisation des données de l'intervention individuelle et de groupe en cessation tabagique.
Résultat attendu :	Transmettre à l'Agence le nombre de fumeurs rejoints par les services de cessation tabagique et le nombre d'employés ayant reçu une formation en intervention brève.

Le taux de fréquentation des services des centres d'abandon du tabagisme (CAT) est à la baisse depuis les dernières années, ce qui est cohérent avec la baisse du taux de prévalence du tabagisme. Au total, 376 personnes (266 en intervention individuelle, 110 en intervention de groupe) se sont prévalues des services. Quinze employés ont reçu une formation en intervention brève en CSSS.

Programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION

Objectifs :	✓ Assurer l'implantation du programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION selon les nouvelles orientations 2006-2009, lesquelles ont pour effet d'ajouter la clientèle des jeunes à celle des adultes, et en y incluant la famille et les communautés, en particulier les personnes vivant en contexte de vulnérabilité. ✓ Participer à la mobilisation régionale/locale sur les habitudes de vie, la gestion du poids et la santé en assurant la réalisation des différents volets du programme, principalement auprès du milieu scolaire, du milieu municipal et du milieu de la santé (CSSS).
Résultats attendus :	✓ Assurer une offre de service à 40 % des établissements scolaires et transmettre à l'Agence le nombre d'établissements et de personnes (jeunes et adultes) rejoints ainsi que les activités réalisées. Cette offre de service devra faire les liens avec les programmes de prévention tabac, alimentation et activité physique en place auprès des jeunes et, le cas échéant, en faire la promotion. ✓ Assurer une offre de service aux municipalités du territoire et transmettre à l'Agence la liste des municipalités rejointes et des activités réalisées. ✓ Assurer une offre de service aux CSSS (volet employés) et rejoindre 10 % des installations; transmettre à l'Agence la liste des installations rejointes, du nombre de personnes rejointes et des activités réalisées. ✓ Assurer une formation en counselling bref sur les habitudes de vie à 80 % des professionnels de la santé des CSSS, en particulier ceux des services courants et des cliniques jeunesse et les infirmières scolaires, et transmettre à l'Agence la liste du nombre de personnes rejointes et des activités réalisées.

Résultats attendus (suite) :	✓ Assurer les liens entre les CSSS et le délégué médical de prévention relativement aux actions qui visent les médecins en cabinets privés et d'autres groupes de professionnels de la santé, et transmettre à l'Agence la liste des activités réalisées. ✓ Assurer la réalisation d'activités relativement aux cibles prioritaires déterminées dans le volet « Actions environnementales » et participer aux travaux de la mobilisation régionale/locale; transmettre à l'Agence la liste les activités réalisées.

Les cinq commissions scolaires ont maintenu leur engagement au programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION. Les CSSS ont rejoint 25 % des écoles primaires et secondaires, quelques centres de formation professionnelle, l'Université Laval et trois établissements collégiaux. Au total, les programmes mis en œuvre par les acteurs régionaux permettent de rejoindre plus de 80 % des jeunes.

Les quatre CSSS poursuivent la mise en œuvre du programme dans tous leurs établissements. Ils poursuivent également l'intervention au regard des pratiques cliniques préventives.

Pour ce qui est des professionnels de la santé en cabinets privés, environ 140 médecins et infirmières ont été rencontrés au moins une fois par le délégué médical. Quatre formations de groupe sur l'activité physique et la gestion du poids ont été offertes dans la région.

Trente-neuf municipalités, dont Québec et ses arrondissements, ont amorcé l'implantation du programme. Pour ce qui est des autres milieux, 12 organisations du secteur public, 5 entreprises du secteur privé, 8 entreprises du secteur commercial, 5 centres de la petite enfance, 41 organismes communautaires, 6 organismes de sports et loisirs et 6 organismes culturels ont été rejoints par les intervenants du programme 0.5.30.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Objectif :	Augmenter le taux de participation des femmes au programme de 1 % (soit à 64,1 %).
Résultats attendus :	✓ Transmettre à l'Agence les informations suivantes : ✓ nombre et types d'activités réalisées auprès des femmes ou groupes de femmes du territoire, avec une attention particulière aux secteurs où les taux de participation se situent sous la moyenne régionale; ✓ nombre de femmes rencontrées (au total, avec une attention particulière au nombre de femmes non participantes et plus difficiles à rejoindre); ✓ nombre et types d'activités réalisées pour inciter les professionnels des CSSS à inclure le dépistage du cancer du sein dans leur pratique et nombre de professionnels rejoints par ces activités. ✓ Pour ce qui est des deux points de service du CDD : ✓ satisfaire à la norme de 30 jours ouvrables en ce qui a trait au délai d'accès au dépistage; ✓ produire les volumes d'activités réalisées par code d'actes et le nombre de femmes ayant bénéficié du dépistage à la fin de la 6e et de la 13e période.

En 2008-2009, la cible visée par l'entente de gestion, soit augmenter le taux de participation de 1 % (64,1 %), a été atteinte et la région a même fait un gain de 1,7 % de 2007 (63,1 %) à 2008 (64,8 %).

L'écart entre le taux de participation des femmes de 50-54 ans et celui des femmes de 65-69 ans a diminué dans trois des quatre territoires de CSSS, ce qui indique une meilleure pénétration du programme dans tous les groupes d'âge.

Les activités de sensibilisation communautaire (projets locaux) ont permis de rejoindre 6 167 femmes au total. Plusieurs d'entre elles étaient de milieu défavorisé et difficiles à rejoindre. De même, plusieurs intervenants et professionnels ont été rejoints à l'occasion des réunions d'équipes des services courants, (infirmières, médecins) et du matériel promotionnel leur a été distribué. En milieu de travail (fonction publique, compagnies d'assurances, institutions financières, etc.), 1 163 employées ont aussi été sensibilisées au dépistage du cancer du sein.

2.15 TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Prévention des chutes chez les personnes âgées

Objectif :	Implantation d'un programme de prévention des chutes pour les volets « Interventions multifactorielles personnalisées » (programme SAD) et « Interventions multifactorielles non personnalisées » (programme ÉquiLIBRE).
Résultats attendus :	✓ Rejoindre un minimum de 398 personnes par l'entremise du programme SAD. ✓ Rejoindre un minimum de 39 groupes par l'entremise du programme ÉquiLIBRE.

Trois-cent-soixante-huit personnes ont été rejointes par l'entremise du programme SAD et 25 groupes ont été formés dans le cadre du volet ÉquiLIBRE. Seul le CSSS de Portneuf a atteint les cibles fixées. Il faut mentionner que dans les autres CSSS, des groupes n'ont pu démarrer en raison du manque de ressources humaines pour les animer. Au CSSS de Québec-Nord, beaucoup de travail a été fait à l'automne 2008 et à l'hiver 2009 pour rendre les paramètres du programme conformes à celui des autres CSSS, c'est-à-dire une durée de douze semaines et une fréquence de deux fois par semaine. L'ajout du nouveau programme ÉquiLIBRE (résidences privées), à l'hiver 2009, fait en sorte que les objectifs ont été augmentés. Certains CSSS ont été capables de s'adapter rapidement tandis que d'autres ont eu de la difficulté à trouver le personnel nécessaire pour animer ces nouveaux programmes.

Le volet multifactoriel personnalisé du programme SAD est maintenant accessible à la clientèle âgée d'une bonne partie de la région, soit l'ensemble des territoires des CSSS de la Vielle-Capitale et de Québec-Nord et une partie des territoires des deux autres CSSS. En ce qui a trait à la clientèle anglophone, une démarche d'adaptation du programme et de formation des intervenants est en cours pour une implantation dans les prochains mois. Les activités prévues dans le cadre du programme sont implantées en totalité dans trois territoires de CSSS (Vieille-Capitale, Portneuf et Charlevoix), alors que certains volets sont à compléter dans le territoire de Québec-Nord.

2.16 PAUVRETÉ, DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DES COMMUNAUTÉS

Analyse milieu : portrait de la défavorisation

Objectif :	Réaliser le portrait de défavorisation des territoires.
Résultats attendus :	✓ Mettre à jour les données sur la défavorisation et produire les portraits de défavorisation du territoire. ✓ Diffuser les portraits de défavorisation des territoires.

Approche territoriale intégrée

Objectif :	Contribuer à l'implantation de l'approche territoriale intégrée (ATI) sur le territoire.
Résultat attendu :	Participer aux mécanismes et travaux relatifs à l'implantation de l'ATI dans les zones déterminées.

Les travaux du Comité analyse de milieu (CAM-03) ont porté sur la mise à jour des portraits de défavorisation (selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon et Raymond). À l'indice de défavorisation, le CAM-03 a convenu d'ajouter deux indicateurs très significatifs dans la mesure de la défavorisation, soit :

- ✓ la proportion de locataires consacrant 30 % ou plus de leur revenu annuel aux coûts d'habitation;
- ✓ la proportion de propriétaires consacrant 30 % ou plus de leur revenu annuel aux coûts d'habitation.

Le CAM-03 en est à la phase de diffusion des portraits de défavorisation dans les territoires de CSSS.

En ce qui concerne l'implantation de l'approche territoriale intégrée (ATI), cinq territoires ont été retenus pour bénéficier d'une aide accordée en vertu de l'Entente spécifique sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, conclue en 2008 dans la région de la Capitale-Nationale. Il s'agit des MRC de Charlevoix-Est et de Portneuf, de l'arrondissement de Limoilou ainsi que des quartiers Giffard-Montmorency et Saint-Sauveur. D'autres territoires présentant un degré de défavorisation élevé pourraient s'ajouter.

Cette entente s'inscrit dans l'approche territoriale intégrée préconisée par le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et vise l'amélioration des conditions de vie des personnes issues des milieux défavorisés. Elle est fondée sur la concertation des divers acteurs œuvrant sur un territoire donné et sur l'arrimage des stratégies sectorielles.

2.17 MALADIES INFECTIEUSES

Immunisation

Objectif :	Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccin DCaT-Polio-Hib dans les délais prescrits.
Résultat attendu :	Administration de la première dose de vaccin DCaT-Polio-Hib dans les délais prévus au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) à 75 % des enfants en 2008-2009, et à 90 % des enfants en 2009-2010.

Objectif :	Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais prescrits.
Résultat attendu :	Administration de la première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais prévus au calendrier du PIQ à 75 % des enfants en 2008-2009, et à 90 % des enfants en 2009-2010.

Objectif :	Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais prescrits.
Résultat attendu :	Administration de la première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais prévus au calendrier du PIQ à 75 % des enfants en 2008-2009, et à 90 % des enfants en 2009-2010.

En 2008-2009, dans les CSSS de la Capitale Nationale, 54 % des enfants ont reçu leur première dose de vaccin DCaT-Polio-Hib (Pentacel ou Pediacel) dans les délais prévus (âgés de 36 mois ou moins). Dans les trois cas, le Ministère a fixé la cible régionale 2009-2010 à 75 % des enfants vaccinés devant recevoir leur première dose en dedans d'une semaine du moment prévu au calendrier du PIQ.

Pour ce qui est du vaccin contre le méningocoque, 33 % des enfants l'ont reçu dans les délais (enfants âgés de moins de 36 mois). La cible ministérielle 2010 est à 75 % des enfants vaccinés devant recevoir leur première dose en dedans d'une semaine du moment prévu au calendrier du PIQ.

Enfin, 53 % des enfants ont reçu leur première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais (bébés âgés de 2 mois ou moins). Pour cet indicateur, la cible ministérielle 2010 est aussi à 75 % des enfants vaccinés devant recevoir leur première dose en dedans d'une semaine du moment prévu au calendrier.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS, VIH/SIDA et virus de l'hépatite C [VHC])

Objectif :	Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants des Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) dans les lieux où sont situés les SIDEP.
Résultat attendu :	1 050 activités de dépistage.

Objectif :	Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants des SIDEP hors les murs des SIDEP.
Résultat attendu :	588 activités de dépistage.

Objectif :	Nombre d'activités de counselling post-test (ciblant principalement la chlamydiose), y compris les enquêtes épidémiologiques, sur les infections transmissibles sexuellement et les syndromes cliniques associés réalisées auprès des clientèles jeunes et adultes par les intervenants des CSSS.
Résultat attendu :	Toutes les activités de counselling post-test (ciblant principalement la chlamydiose), y compris les enquêtes épidémiologiques et l'IPPAP, sur les infections transmissibles sexuellement et les syndromes cliniques associés réalisées par les intervenants des CSSS.

SIDEP CSSS de la Vieille-Capitale

En ce qui a trait aux activités réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP, l'objectif de 1 050 activités de dépistage a été largement atteint. Selon les chiffres obtenus par I-CLSC, 1 248 dépistages, soit presque 19 % de plus que la cible fixée de 1 050, ont été faits auprès de la clientèle à risque. Les SIDEP, sous la responsabilité du CSSS de la Vieille-Capitale, donnent leurs services au CSLC Haute-Ville–Des Rivières et au CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier.

En ce qui a trait aux activités de dépistage réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs des SIDEP, la cible est atteinte également. En 2008-2009, 611 dépistages, soit 4 % de plus que la cible fixée de 588, ont été réalisés. Tant dans les orientations ministérielles que dans les priorités régionales, un virage hors les murs est préconisé, dans la perspective d'un rapprochement des services vers les clientèles vulnérables.

Tous les CSSS de la région

Au cours de l'automne 2008 et de l'hiver 2009, L'INSPQ a donné une formation à plus de 120 infirmières du réseau régional de la santé dont les CSSS afin de les habiliter à faire du dépistage des ITSS et de l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP). Dans ce contexte, aucune activité n'a été réalisée en 2008-2009. Depuis mai 2009, les enquêtes chlamydiose en CSSS ont débuté. Ainsi, l'objectif est que les activités de counselling post-test ciblant principalement la chlamydiose dans le cadre des enquêtes et de l'IPPAP soient saisies pour permettre d'apprécier l'offre de service régionale associée à ce volet. L'objectif demeurera le même pour 2009-2010.

3. AUTRES RÉSULTATS D'IMPORTANCE

Les activités menées par l'Agence ne se limitent pas à celles prévues dans l'entente de gestion et d'imputabilité et dans les ententes administratives qu'elle a conclues avec le Ministère. Il convient de rendre compte des résultats de ces autres activités dans le présent rapport.

3.1 MISE EN ŒUVRE DES PROJETS CLINIQUES

La démarche des projets cliniques s'est poursuivie au cours de l'année 2008-2009. Les centres de santé et de services sociaux ont entrepris les travaux pour les programmes suivants : Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement, Déficience physique et Dépendances.

Les quatre territoires de CSSS ont convenu de cibles communes d'amélioration. Un exemple parmi d'autres : adapter l'offre de services résidentiels pour les personnes handicapées physiques, afin de prévenir le recours au centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Par ailleurs, les démarches entreprises en 2007-2008 pour les autres programmes-services et clientèles se poursuivent. La Table des directeurs généraux adjoints de la région de la Capitale-Nationale, animée par l'Agence, fait office de comité directeur pour l'ensemble de ces dossiers.

3.2 PORTRAIT DE SANTÉ DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE 2008

Le directeur régional de santé publique, conformément à son mandat de suivre l'état de santé et de bien-être de la population de sa région ainsi que les principaux facteurs qui l'influencent, a publié le *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale, 2008*. De ce rapport, il ressort que dans l'ensemble, le bilan de santé de la population de la région de la Capitale-Nationale est favorable. En fait au cours des dernières années, plusieurs progrès ont été réalisés, et la région se situe parmi les meilleures, tant au Canada qu'au Québec. La mortalité infantile a diminué. Grâce à la vaccination, plusieurs maladies infectieuses sont devenues rares (rougeole, rubéole, oreillons, diphtérie, poliomyélite, tétanos, etc.) ou ont connu une baisse importante (coqueluche, infections à méningocoques, infections à pneumocoques, infection à *Haemophilus influenza*, etc.). La mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire a grandement diminué, tout comme le nombre de fumeurs. De plus, la population de la région de la Capitale-Nationale vit plus longtemps et en meilleure santé que la moyenne québécoise. Enfin, parmi l'ensemble des grandes régions canadiennes, la population de la Capitale-Nationale est celle qui a la perception la plus positive de sa santé mentale.

Malgré des résultats encourageants, il est cependant encore possible d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population de la région. Ainsi une personne sur cinq fume encore, la proportion de bébés nés prématurément a augmenté et quatre personnes sur dix sont sédentaires ou peu actives durant leurs loisirs. En outre, le taux de mortalité par tumeurs malignes, et en particulier par cancer du poumon, est parmi les plus élevés des grandes régions canadiennes. Même s'il tend à diminuer, le taux de suicide est encore trop élevé. Autre fait à souligner, des disparités de santé subsistent au sein de la région : ainsi, naître ou vivre dans un milieu défavorisé constitue toujours un désavantage, tandis que la surmortalité masculine demeure élevée pour plusieurs causes de décès.

De nouveaux défis se dessinent. Ainsi la population vieillit rapidement et plusieurs aînés vivent seuls. Le surplus de poids touche un nombre croissant de personnes. Enfin, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (chlamydia, syphilis, etc.) sont à la hausse et le *Clostridium difficile*, cette bactérie qui cause une infection nosocomiale, est de plus en plus présente dans nos centres hospitaliers.

Ce sont là les principaux faits saillants qui se dégagent des données sociosanitaires de la région. Les informations de ce rapport seront utiles non seulement pour informer la population de la région de la Capitale-Nationale sur son bilan de santé, mais aussi pour guider le réseau régional dans ses interventions. Nous nous appuierons sur ces nouvelles données pour déterminer et ajuster nos objectifs, nos cibles et nos actions auprès de la population.

3.3 INITIATIVE BÉBÉS ALLAITÉS : BIENVENUS DANS NOS LIEUX PUBLICS

En 2008, la Direction régionale de santé publique (DRSP) a lancé l'initiative *Bébés allaités : bienvenus dans nos lieux publics* dans le but de faciliter la poursuite de l'allaitement. Plusieurs études démontrent que les femmes à l'aise de donner le sein en public allaitent plus longtemps. Aussi, l'initiative vise-t-elle la création d'environnements favorables aux femmes qui allaitent, et ce, dans les commerces, les restaurants, les entreprises, les établissements gouvernementaux et tout autre lieu public. Si elle est adoptée par plusieurs, cette initiative contribuera à normaliser l'allaitement en public auprès de la communauté, de la famille élargie et des femmes qui craignent parfois de ne pas être les bienvenues avec leur bébé. L'entreprise qui décide d'y adhérer s'engage à afficher le pictogramme international « Bienvenue au bébé allaité », à sensibiliser son personnel à l'importance d'accueillir la mère qui désire nourrir son bébé et à offrir une chaise à cette dernière si elle en fait la demande. Plusieurs commerces, établissements et organisations de la région ont déjà adhéré à l'initiative, notamment le centre de ski Mont-Sainte-Anne et les Rôtisseries Saint-Hubert. La Ville de Québec s'est quant à elle engagée à afficher le pictogramme dans l'ensemble de ses installations au cours des prochaines années.

Il convient de souligner qu'en 2005-2006, dans la région de la Capitale-Nationale, plus de 80 % des femmes amorçaient l'allaitement; six mois plus tard, presque la moitié d'entre elles avaient abandonné cette pratique[8]. Par ailleurs, l'un des objectifs du Plan d'action régional de la Capitale-Nationale est d'augmenter les taux d'amorce et de poursuite de l'allaitement. L'initiative de la DRSP s'inscrit donc, aussi, en continuité avec les objectifs du Plan d'action régional.

3.4 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION

Le programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION a été implanté dans la région en 2002. Les actions réalisées s'articulent autour de trois cibles (0, 5 et 30)[9] et deux stratégies (les actions éducatives et les actions environnementales). Les actions éducatives visent à favoriser et à soutenir une pratique efficace de la prévention des maladies chroniques auprès des professionnels de la santé, tandis que les actions environnementales visent la modification des environnements pour que la population ait accès à des milieux favorables à l'adoption de saines habitudes de vie.

De 2002 à 2008, le 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION a rejoint 387 médecins omnipraticiens de 93 cliniques médicales, un nombre indéterminé mais important de professionnels de la santé des CSSS et plus de 2 080 futurs professionnels de la santé des programmes de médecine, dentisterie, hygiène dentaire, pharmacie, nutrition et kinésiologie des maisons d'enseignement.

De nombreuses actions éducatives (près de 1 300) ont également été réalisées auprès des gestionnaires et des professionnels des milieux scolaire, de la santé, municipal, communautaire et de la petite enfance

8. NEILL, Ghyslaine, BEAUVAIS, B., PLANTE, N. et HAIEK, L. N. (2006). Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006, Québec, Institut de la statistique du Québec, 92 p.

9. « 0 » pour la non-consommation de tabac et la non-exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE); « 5 » pour la consommation de 5 fruits et légumes par jour; « 30 » pour la pratique de 30 minutes d'activités physiques par jour.

ainsi que des secteurs privé et public. Ces actions comprennent des campagnes de sensibilisation, des kiosques, des formations, des communications, etc. À titre d'exemple, le site www.0-5-30.com a été lancé en 2005 dans la région et est devenu, en 2008, un site provincial.

Depuis le début du 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION, en lien avec la Conférence administrative régionale et la Conférence régionale des élus, de nombreux partenaires issus des milieux scolaire, municipal, de la santé, communautaire, associatif, de la recherche, universitaire, privé et public se sont associés à cette démarche. Depuis 2004, ils participent à la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé. Le but est de promouvoir la création d'environnements favorables pour soutenir les jeunes et leur famille dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, et ce, avec une attention particulière aux familles vivant en contexte de vulnérabilité ou de pauvreté. L'implantation du programme Mon école à pied, à vélo dans 20 écoles primaires, la réalisation de l'étude sur les perceptions du milieu scolaire concernant l'aménagement et l'animation des cours d'école, au *primaire, dans la région*, l'offre de menus santé dans certains arénas et la transformation de centres communautaires avec hébergement en environnements sans fumée sont des résultats concrets de la Mobilisation.

Les actions éducatives ont été prédominantes. Elles ont cependant permis de sensibiliser les milieux à la nécessité de mettre en place des environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie. Le lancement du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids en 2006, et les diverses politiques sur l'alimentation et l'activité physique qui en découlent laissent présager une forte augmentation des actions environnementales dans la région.

3.5 PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN – 10E ANNIVERSAIRE

L'année 2008 a été marquée par le 10e anniversaire du PQDCS qui a été souligné à l'occasion d'un 5 à 7 à l'Agence, le 13 mai 2008. Cet événement a permis de mettre en valeur la contribution de tous les établissements, tant publics que privés, à la mise en œuvre du programme. L'événement a aussi donné une large place aux témoignages de femmes ayant survécu à un cancer du sein diagnostiqué grâce au programme. Une plaque de reconnaissance, représentant un tableau réalisé par l'une d'elles, a été remise à tous les établissements pour les remercier de leur contribution.

La région de la Capitale-Nationale a aussi lancé sa nouvelle campagne de promotion et d'information qui vise à inviter les femmes de 50 à 69 ans à la mammographie de dépistage. Le visuel et les thèmes choisis (« J'ai mon rendez-vous. Et vous ? »; « Je choisis de participer. Et vous? ») mettent l'accent sur le libre choix des femmes à participer au PQDCS.

Cette nouvelle approche de communication a mené à la conception et à la production d'outils promotionnels aux niveaux régional et local (dépliants, affiches, calendriers, aide-mémoire « Être attentive à ses seins », calepins, crayons, etc.) qui ont été distribués à l'occasion des activités de sensibilisation des femmes et dans les établissements, les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale, les cliniques-réseau, etc.

3.6 VACCINATION CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)

En septembre 2008, le Ministère a implanté un programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) dans le but de prévenir le cancer du col de l'utérus. Le VPH est responsable de presque 100 % des cancers du col, et une infection au VPH est généralement acquise dans les premières années de l'activité sexuelle. C'est pourquoi il est important de vacciner les filles avant qu'elles soient actives sexuellement.

Le vaccin se donne en trois doses. Il est offert gratuitement à toutes les filles de la 4e année du primaire et de la 3e secondaire, aux filles qui ont dépassé cette classe mais qui sont âgées de moins de 18 ans, et aux filles âgées de 9 à 13 ans qui présentent un risque élevé d'exposition au VPH.

Dans la région de la Capitale-Nationale, les CSSS ont offert la vaccination en milieu scolaire pour la 4e année du primaire (deux doses) et la 3e secondaire (trois doses). Cette année, exceptionnellement, ils ont aussi décidé d'offrir le vaccin en milieu scolaire aux filles de 4e et de 5e secondaire.

À ce jour, la vaccination contre le VPH est un franc succès. En effet, 86 % des filles de la 4e année du primaire, 90 % des filles de 3e secondaire et 87 % des filles de 4e et 5e secondaire ont reçu leurs premières doses.

Ce succès est en grande partie attribuable aux efforts consentis par les CSSS et à la collaboration des milieux scolaires.

3.7 INTRUSION DE VAPEURS DE TRICHLOROÉTHYLÈNE (TCE) DANS L'AIR INTÉRIEUR DE CERTAINES RÉSIDENCES DE SHANNON

En 2008-2009, afin de mieux évaluer les risques à la santé liés à la présence de trichloroéthylène (TCE) dans la nappe d'eau souterraine de Shannon, la Direction régionale de santé publique (DRSP) a complété des travaux d'évaluation du risque, en collaboration avec les résidants de la municipalité et d'autres partenaires.

Lorsque du TCE est présent dans l'eau souterraine, il peut migrer sous forme de vapeurs vers l'air intérieur des bâtiments situés au-dessus de la nappe phréatique. Avec le ministère de la Défense nationale et Santé Canada, la DRSP a collaboré à la réalisation d'une étude visant à évaluer l'intrusion potentielle de vapeurs de TCE dans l'air intérieur de certaines résidences de Shannon. Au cours d'une première phase d'échantillonnage réalisée en 2007-2008, les analyses avaient révélé la présence de TCE dans quelques résidences, mais à des concentrations inférieures à la valeur guide de 5 µg/m^3 (proposée par Santé Canada et acceptée par l'INSPQ). De plus, les concentrations mesurées dans ces résidences étaient du même ordre de grandeur que celles qui pourraient se retrouver dans des résidences de secteurs non contaminés par le TCE. Il faut savoir que la présence de certains produits domestiques et de certains types de matériaux dans les résidences peut contribuer à l'émission de TCE dans l'air. La DRSP considère qu'une exposition continue (24 heures par jour, 7 jours par semaine, pendant toute une vie) aux concentrations de TCE mesurées dans l'air intérieur de certaines résidences de Shannon ne représente pas de risque supplémentaire pour la santé de la population, y compris les personnes les plus vulnérables (enfants, femmes enceintes, personnes âgées, personnes malades). Les résultats de l'étude ont été diffusés aux résidants de Shannon; une séance d'information leur a permis de bien comprendre la portée et l'interprétation de ces résultats. Les conclusions de l'étude ont été bien reçues par la population visée. Ce travail contribue à une meilleure évaluation des risques réels et actuels pour la santé des résidants de Shannon, et ce, sur une base scientifique solide.

3.8 COMITÉ DE PILOTAGE – AGRÉMENT DES AGENCES

Autoévaluation

Le comité de pilotage a été mis en place le 27 mars 2008, dans le cadre des travaux du Comité national aviseur sur les pratiques de gestion des agences, lui-même mis sur pied afin d'évaluer la conformité des agences aux saines pratiques de gestion généralement reconnues (SPGGR). En 2008-2009, le comité formé de cinq membres a tenu une rencontre. Il a alors pu apprécier la teneur du dossier national et de la « Grille d'évaluation des pratiques de gestion », de même que l'exercice régional mené par l'Agence quant à la fonction de planification du Projet régional d'organisation de services intégrés (PROSI).

Le comité de pilotage sera consulté de nouveau sur l'intégration de la gestion des risques, pour les cinq fonctions découlant des SPGGR, à savoir : planification, organisation, direction, contrôle et coordination.

3.9 PROCESSUS DE CERTIFICATION DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

Au 14 février 2009, date limite retenue par le Ministère, toutes les résidences pour personnes âgées de la région de la Capitale-Nationale avaient transmis leur demande de certification.

Au 31 mars 2009, les visites de vérification de conformité étaient faites dans toutes les résidences ayant transmis leur demande. Le plus fort volume de visites se situe entre octobre 2008 et février 2009.

Au 31 mars 2009, la quasi-totalité des rapports de visite de vérification de conformité avaient été transmis à l'Agence, qui est chargée d'assurer le suivi auprès des exploitants n'ayant pas satisfait aux exigences du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées. Tous les rapports de visite de vérification de conformité comportaient des éléments de non-conformité. En 2008-2009, pour la région, la moyenne de non conformité se situait à 11 sur 25. Seulement 16 exploitants sur un total de 180 avaient obtenu leur certificat de conformité.

Un délai, qui prendra fin au mois de juin 2009, est accordé aux exploitants de résidence pour personnes âgées pour leur permettre d'apporter les correctifs nécessaires à l'obtention du certificat de conformité.

3.10 BILAN GÉNÉRAL DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION DES ADMISSIONS EN SOINS DE LONGUE DURÉE

En vertu de son mandat, le Programme d'évaluation et de coordination des admissions (PECA) en soins de longue durée a procédé à l'analyse des demandes d'hébergement et à la répartition des admissions dans les 4 187 places en centres d'hébergement et de soins de longue durée, les 183 places en résidences intermédiaires et de type familial et les 34 places en résidences adaptées disponibles dans la région de la Capitale-Nationale.

Données	2008-2009	2007-2008	2006-2007
Admissions en longue durée	1 341	1 448	1 335
Demandes reçues pendant l'année	2 355	2 027	2 227
Demandes évaluées ou réévaluées	2 841	2 590	2 399
Dossiers fermés pendant l'année	2 252	2 347	2 253
Décès de la personne (durant le processus)	600	493	510
Retraits de la demande	59	72	84
Refus du placement	29	41	26
Demandes non admissibles	102	107	76
Retours à domicile	3	3	4
Admissions dans une autre sous-région	6	82	128
Admissions dans un centre privé	3	9	4
Autres motifs	109	92	94

En 2008-2009, sur le territoire du CSSS de Portneuf, 106 admissions ainsi que 16 transferts à partir des lits de transition du territoire de Québec ont été effectués.

Admissions	Portneuf
À partir du CHUQ, du CHA et de l'IUCPQ	34
À partir du domicile, des résidences privées et de l'Hôpital régional de Portneuf	67
À partir d'un autre territoire ou d'une autre région	5

Au 31 mars 2009, 56 personnes sont en liste d'attente :

12	sont hospitalisées;
25	attendent à domicile avec les services de leur CLSC;
19	attendent dans une résidence privée pour personnes âgées.

Sur le territoire des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale, 1 151 admissions et 241 transferts inter-CHSLD ou vers des ressources intermédiaires ont été effectués.

Admissions	Québec
À partir du CHUQ, du CHA, de l'IUCPQ et de l'IUSMQ	770
À partir du domicile et des résidences privées	354
À partir d'une autre région	27

Les personnes en attente* pour le territoire des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale peuvent être regroupées de la façon suivante :

114	sont hospitalisées;
367	attendent à domicile avec les services de leur CLSC;
753	attendent dans une résidence privée pour personnes âgées.

Note : Le nombre de personnes en liste d'attente n'est cependant pas un indicateur valide pour évaluer le besoin réel en hébergement car pour diverses raisons, nous ne sommes pas en mesure de vérifier si toutes ces personnes ont besoin immédiatement d'une place en hébergement. Cette liste comprend les ressources intermédiaires. Actuellement, le nombre de places dans la région de la Capitale-Nationale et le taux d'hébergement (4 %) assurent une offre suffisante de places pour la liste d'attente réelle.

Sur le territoire du CSSS de Charlevoix, 84 admissions ont été effectuées, pour 126 demandes d'hébergement. Au 31 mars 2009, 32 personnes sont donc en liste d'attente.

3.11 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (SPU)

Formation des techniciens ambulanciers paramédicaux

À l'automne 2008, tous les techniciens ambulanciers paramédicaux ont reçu la formation sur la prévention des infections. L'Agence a également organisé une formation sur l'utilisation des nouveaux protocoles d'intervention clinique. De plus, une formation sur l'application du nouveau protocole et la technique de prise d'un électrocardiogramme 12 dérivations pour les patients présentant un problème d'origine cardiaque préexistant a été amorcée.

Directeur médical régional des SPU

À l'automne 2008, le Dr Douglas Eramian a été nommé au poste de directeur médical régional des SPU. Celui-ci pratique également comme médecin spécialiste en médecine d'urgence à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA et est rattaché à l'équipe médicale pour les évacuations aériennes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Service de premiers répondants

Le service de premiers répondants de la municipalité de Saint-Ubalde et celui de la municipalité de Neuville ont mis fin à leurs activités en novembre et décembre 2008 respectivement, en raison d'un manque de ressources financières.

Les autres services de premiers répondants ont pu bénéficier d'une formation continue de douze heures chacun, financée en totalité par l'Agence. Cette formation est très appréciée des premiers répondants, comme en témoigne leur assiduité.

Centre de communication santé des Capitales

L'Agence, en collaboration avec le Centre de communication santé des Capitales (CCSC), a terminé les travaux d'implantation du système de géolocalisation (GPS) et des ordinateurs véhiculaires dans les ambulances pour localiser les appels, en plus de l'installation d'un système de cartographie.

Objectifs 2009-2010

Il est prévu d'organiser une formation sur les protocoles en traumatologie et sur la prévention des agressions ainsi qu'une formation sur les interventions au cours d'événements accidentels ou terroristes, en rapport avec les substances chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosives.

Au cours de la prochaine année, un nouvel appareil, soit un moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) de la compagnie Zoll, et un nouveau logiciel d'assurance qualité sur les actes posés par les techniciens ambulanciers, seront implantés. De plus en 2009-2010, l'Agence, de concert avec l'IUCPQ, le CHUQ, l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, L'Hôtel-Dieu de Lévis et la compagnie Zoll, mettra sur pied un projet de monitorage cardiaque par voie cellulaire afin de faire analyser l'électrocardiogramme directement par un médecin. Cela permettra de diriger les patients de la région de la Capitale-Nationale vers un centre hospitalier afin d'appliquer le protocole d'angioplastie primaire.

Enfin l'Agence, en collaboration avec le CHUL et le CHA, entend implanter un projet sur le traitement rapide de l'accident vasculaire cérébral (AVC) afin d'assurer le meilleur traitement possible aux patients, et ce, dans les délais les plus courts, afin de diminuer les effets de telles affections.

3.12 SÉCURITÉ CIVILE SOCIOSANITAIRE

L'année 2008-2009 a permis de poursuivre la consolidation des démarches entreprises depuis plusieurs années afin de répondre à la mission santé dans un contexte de sinistre.

L'Agence a poursuivi l'établissement du Plan neige, en collaboration avec le Bureau de la sécurité civile de la Ville de Québec, et du plan d'intervention pendant la mise en fonction du système de déglaçage des fils à haute tension, en collaboration avec Hydro-Québec.

Un travail soutenu s'est également poursuivi avec les établissements du réseau, le Ministère et les partenaires afin de faciliter la mise en application future du Plan régional de lutte contre la pandémie d'influenza – mission santé. Plusieurs présentations ont été faites et de la formation a été donnée aux partenaires.

Conjointement avec le Comité de mesures d'urgence régional de Charlevoix (COMUR), l'Agence a élaboré un exercice qui a eu lieu en octobre. Cet exercice consistait en la simulation d'un écrasement d'avion au décollage à l'Aéroport de Saint-Irénée. En 2009-2010, l'Agence participera à la planification de deux autres exercices, l'un avec l'Aéroport international Jean-Lesage de Québec et l'autre avec la Société des traversiers du Québec.

L'Agence a également élaboré des politiques et des procédures sur la prise en charge massive d'individus à la suite d'accidents ou d'actes terroristes faisant plusieurs victimes ou d'accidents causés par un produit chimique, biologique, radiologique ou nucléaire. La formation a été donnée aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux tout au long de l'année et se terminera en 2009-2010.

Enfin, l'été 2008 a été très mouvementé pour les membres de l'équipe de sécurité civile, étant donné la planification et la coordination des plans d'intervention pour l'ensemble des activités du 400e anniversaire de la ville de Québec et le Sommet de la Francophonie.

3.13 SERVICES À LA CLIENTÈLE

Parmi ses responsabilités déterminées à l'article 340 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), l'Agence doit prévoir des modalités pour informer la population. Dans ce cadre, elle offre un service de réponse téléphonique et par courrier électronique aux multiples demandes d'information formulées par la population.

En 2008-2009, 2 487 réponses ont été données, soit le même nombre qu'en 2007-2008.

Nombre de demandes d'information reçues depuis 2004-2005

Année	Par téléphone	Écart	Par courrier électronique	Écart	Total	Écart
2008-2009	2 089	0,9 %	398	(4,3 %)	2 487	0 %
2007-2008	2 071	12,9 %	416	10,9 %	2 487	12,6 %
2006-2007	1 834	22,2 %	375	(32,1 %)	2 209	7,6 %
2005-2006	1 501	0,1 %	552	41,2 %	2 053	8,6 %
2004-2005	1 499	3,6 %	391	(0,8 %)	1 890	2,7 %

Plus de 40 % de ces 2 487 demandes ont pour objet :

- ✓ la recherche d'un médecin de famille;
- ✓ le processus d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie;
- ✓ les normes régissant les résidences privées de personnes âgées;
- ✓ l'organisation des divers services du réseau de la santé et des services sociaux.

3.14 PLAINTES[10]

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les usagers ou leurs représentants peuvent porter plainte auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, s'ils sont insatisfaits des services reçus ou qu'ils auraient dû recevoir de la part des instances suivantes : organismes communautaires, résidences privées pour personnes âgées, services préhospitaliers d'urgence et l'Agence pour ses activités ou fonctions qui touchent personnellement les individus.

En 2008-2009, la commissaire régionale a traité 45 plaintes venant d'usagers ou de leurs représentants, dont 3 avaient été déposées en 2007-2008. À la fin de l'année 2008-2009, 28 des 45 plaintes avaient été réglées, 7 avaient été retirées par le plaignant et 10 étaient en cours de traitement.

10. Ce rapport sommaire présente les grandes lignes du traitement des plaintes acheminées à l'Agence en 2007-2008. Un rapport détaillé sur l'examen des plaintes traitées par l'ensemble des établissements de la région et par l'Agence sera accessible au centre de documentation et sur le site Internet de l'Agence.

Nombre de plaintes à traiter en 2008-2009 et leur statut au 31 mars 2009

Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2008	Plaintes reçues en 2008-2009	Plaintes totales à traiter	Plaintes réglées	Plaintes retirées par le plaignant	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2009
3	42	45	28	7	10

Dans les 28 plaintes réglées en 2008-2009, 49 motifs d'insatisfaction étaient invoqués par les usagers ou leurs représentants. Afin d'améliorer la qualité des services, 18 mesures correctives ont été recommandées par la commissaire régionale aux diverses instances visées par les plaintes.

Plaintes réglées en 2008-2009

Instances visées	Nombre de plaintes	Nombre de motifs de plaintes	Nombre de mesures correctives recommandées
Résidences privées pour personnes âgées	9	22	15
Organismes communautaires	6	11	2
Services préhospitaliers d'urgence	8	9	1
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	5	7	0
TOTAL	28	49	18

Conformément à son mandat, la commissaire régionale a répondu à 50 demandes d'assistance (soutien à une démarche) et à 66 demandes de consultation (information) de la part d'usagers ou de leurs proches, des commissaires locaux, des partenaires et du protecteur du citoyen. Ces demandes avaient pour motifs principaux les résidences privées, le régime d'examen des plaintes et les services du réseau de la santé et des services sociaux.

Enfin, 16 signalements ont été reçus, principalement de proches des usagers. Les signalements se rapportent à des faits qui pourraient compromettre le respect des droits des usagers. Dans ce cas le commissaire analyse la situation et si nécessaire, intervient de sa propre initiative auprès de l'instance visée par le signalement.

3.15 RÉORGANISATION DES LABORATOIRES

Dans le contexte de l'implantation des orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de biologie médicale et à la suite du report de l'implantation du lien interlaboratoires pour le corridor CHA – Charlevoix – Québec-Nord, l'Agence a reporté à 2009-2010 la récupération budgétaire de 5,2 millions de dollars annoncée pour 2008-2009. Par ailleurs, le projet de transfert des analyses à délai régulier des laboratoires des CSSS de Québec-Nord et Charlevoix et de réorganisation des laboratoires du CHA a été déposé à l'Agence pour analyse. Le CHUQ a amorcé pour son corridor les travaux de transfert des analyses à délai régulier avec ses partenaires.

3.16 CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Dans le cadre du projet ministériel d'implantation des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) dans les établissements de santé, l'Agence a mis sur pied, à l'hiver 2007, une équipe de gestion de projet pour l'optimisation du circuit du médicament. Cette équipe regroupe des professionnels et gestionnaires qui assument déjà des fonctions clés dans les domaines pharmaceutique et infirmier. Ce projet du circuit du médicament couvre l'ensemble des activités liées aux médicaments, de l'élaboration des listes de médicaments pouvant être utilisés dans l'établissement jusqu'à la déclaration d'incidents-accidents, en passant par l'approvisionnement, la prescription, les soins pharmaceutiques, l'administration des médicaments et le suivi thérapeutique. Certaines de ces activités nécessitent l'acquisition d'équipements prévus au projet SARDM alors que d'autres nécessitent des actions locales de réorganisation du travail.

En mai 2007, le Forum des directeurs généraux a entériné un plan d'action quinquennal relié au projet SARDM. Le plan a alors été soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux. En décembre 2007, le Ministère diffusait le cadre de gestion pour la phase 1 du projet SARDM, ce qui a exigé de revoir la première année du plan quinquennal. En avril 2008, il entérinait le Plan de réalisation de la phase 1 du projet SARDM pour la région de la Capitale-Nationale. Les échéanciers de cette phase, qui devait se terminer le 30 novembre 2008, ont été modifiés, notamment en raison d'une plus grande complexité que prévu et des moyens de pression exercés par les pharmaciens d'établissement à compter de l'automne 2008. La date d'échéance pour l'implantation de tous les équipements prévus en phase 1 est maintenant fixée au 31 mars 2010.

Les coûts de réalisation de la phase 1 du projet SARDM pour la région de la Capitale-Nationale s'élèvent à 17 763 947 $.

3.17 COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Sur le plan de la complémentarité des services médicaux spécialisés, l'année 2008-2009 aura permis les réalisations suivantes :

- ✓ reconnaissance d'une équipe régionale pour les cancers pédiatriques (CHUQ-CHUL) et de trois équipes suprarégionales de lutte contre les cancers du sein (CHA-HSS), gynécologiques (CHUQ-HDQ) et du poumon (IUCPQ), et de trois équipes suprarégionales liées aux soins palliatifs (Maison Michel Sarrazin), à la radio-oncologie (CHUQ-HDQ) et à l'oncologie psychosociale (CHUQ-HDQ);
- ✓ formations en interdisciplinarité offertes aux équipes en oncologie;
- ✓ demande d'un avis de reconnaissance des besoins pour le Centre des maladies du sein du CHA-HSS;
- ✓ soutien à la définition d'un projet de recherche lié à la prévention du cancer colorectal;
- ✓ demande d'un avis de reconnaissance des besoins pour la phase II du Centre d'évaluation et de recherche clinique en oncologie du CHUQ-HDQ;
- ✓ réorganisation des services de dépistage des cancers de la prostate (phase I) au CHUQ-HDQ;
- ✓ demande d'un avis de reconnaissance des besoins pour la consolidation des activités en curiethérapie au CHUQ-HDQ;
- ✓ publication de résultats préliminaires de l'évaluation d'impacts du programme régional Traité Santé, dédié à la réadaptation des patients atteints de maladie cardiaque ou de diabète;

- ✓ dépôt de la candidature du consortium en douleur chronique (CHUQ, IRDPQ, CHA Hôtel-Dieu de Lévis, en collaboration avec le CHA et l'IUSMQ) pour le RUIS-UL;
- ✓ soutien à l'implantation des programmes clientèles en psychiatrie adulte;
- ✓ production d'un état de situation régional sur la pédiatrie;
- ✓ renouvellement du permis des laboratoires d'imagerie médicale pour l'ensemble des cliniques privées de la région;
- ✓ poursuite du chantier de hiérarchisation des laboratoires de la région de la Capitale-Nationale;
- ✓ demande d'un avis de reconnaissance des besoins pour le programme des malformations orofaciales du Centre Mère-Enfant du CHUQ;
- ✓ dépôt d'une proposition de réorganisation des services en chirurgie plastique;
- ✓ ouverture de la salle d'opération n° 2 de l'IUCPQ pour la chirurgie bariatrique et thoracique;
- ✓ demande d'un avis de reconnaissance des besoins pour le Centre de santé vasculaire du CHUQ-HSFA;
- ✓ complétion du transfert des activités d'ophtalmologie adulte du CHUQ vers le Centre universitaire d'ophtalmologie du CHA-HSS;
- ✓ complétion du modèle d'organisation de l'ophtalmologie pédiatrique au Centre Mère-Enfant du CHUQ;
- ✓ demande d'un avis de reconnaissance des besoins pour l'organisation et la consolidation des services en oto-rhino-laryngologie dans la région de la Capitale-Nationale;
- ✓ mise en place d'une structure de concertation régionale à la suite de la publication du rapport de l'AETMIS sur la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST;
- ✓ soutien à la définition d'un modèle régional d'organisation des services en gastro-entérologie;
- ✓ mise en place d'une structure de programmation régionale pour les accidents vasculaires cérébraux de moins de trois heures;
- ✓ soutien à la définition d'un modèle régional d'organisation des services en physiatrie;
- ✓ soutien à la définition d'une offre de service suprarégionale en assistance respiratoire pédiatrique pilotée par le Centre Mère-Enfant du CHUQ;
- ✓ complétion du processus de désignation des centres médicaux spécialisés (CMS) et des cliniques médicales associées (CMA) pour la région de la Capitale-Nationale.

3.18 SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

Au cours de l'année 2008-2009, l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) s'est poursuivie. Sept projets ont été déposés au bureau du ministre pour accréditation. Deux autres projets sont en chantier. Actuellement, 26 GMF sont actifs dans la région de la Capitale-Nationale. Deux cliniques médicales ont manifesté leur intérêt à devenir un GMF. À terme, dans la région de la Capitale-Nationale, 30 GMF sont attendus. Tout près de 325 médecins sont maintenant regroupés en GMF et travaillent en étroite collaboration avec une soixantaine d'infirmières cliniciennes. Les collaborations professionnelles enrichissent le travail en réseau.

En complémentarité des services de première ligne, les cliniques-réseau-Québec (CRQ) poursuivent leur implantation. La région de la Capitale-Nationale compte deux CRQ de plus, pour un total de cinq. Deux autres projets sont à l'étude. Une cartographie des CRQ de la région permet de déterminer les lieux d'implantation les plus appropriés dans la perspective d'un meilleur accès aux services sur le plan géographique.

Un chantier est en cours afin de mettre en place des guichets d'accès qui favoriseront la prise en charge et le suivi de la clientèle vulnérable sans médecin de famille par des médecins volontaires du réseau.

3.19 DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

Le projet pilote du Dossier de santé du Québec (DSQ), en préparation depuis mai 2007, a démarré en mai 2008 sur le territoire de la Capitale-Nationale. Les trois phases du projet sont les suivantes : le rodage, le pilotage et la montée en charge. Les travaux de ces phases portent sur l'accès aux données liées aux médicaments. En parallèle, l'équipe régionale prépare l'alimentation du DSQ avec les résultats de laboratoire du CHUQ et du CHA.

La première phase, celle du rodage, visait une validation des données. La prochaine phase, celle du pilotage, consiste en l'utilisation clinique du DSQ. Enfin, à la phase de montée en charge se poursuivra l'utilisation clinique; l'accroissement des installations participantes permettra également de tester la robustesse des systèmes.

Deux installations cliniques et quatre pharmacies ont participé à la première phase : le GMF Saint-Vallier et le CLSC Basse-Ville du CSSS de la Vieille-Capitale, ainsi que les pharmacies Brunet de Christian Vézina, Jean Coutu d'Éric Preston, et Uniprix et Familiprix du Groupe Hébert/Ferlatte. Vingt professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmières, agents administratifs, archivistes et assistants techniques) participaient au projet. Leurs commentaires sont éloquents quant à l'économie de temps qui découle du système. Les cliniciens ont également exprimé leur hâte d'avoir davantage de données cliniques et de voir le DSQ étendu à un plus grand nombre d'usagers.

Au 31 mars 2009, 10 313 usagers faisaient partie de la phase de rodage du projet dans la Capitale-Nationale. Parmi eux, 2,9 % ont refusé de participer au projet, ce qui constitue un taux de refus somme toute très acceptable, et plus de 2 600 ont maintenant un dossier de santé.

L'étape du pilotage commencera au moment même où les ententes avec les associations et fédérations des cliniciens participants seront conclues. L'étape de la montée en charge devrait suivre à l'automne, pour se traduire ultimement par une implantation sur l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale. Complémentaire à ces étapes, une campagne d'information à l'intention de la population en général est prévue pour septembre 2009.

Au 31 mars 2010, le DSQ devrait être implanté dans la région de la Capitale-Nationale pour la consultation des données pharmacologiques.

3.20 STRATÉGIE RÉGIONALE DE MAIN-D'ŒUVRE ET PLANIFICATION DE MAIN-D'ŒUVRE

La stratégie régionale de main-d'œuvre s'est poursuivie, cette année, grâce à la collaboration des établissements de santé et de services sociaux et des établissements d'enseignement. Les représentants de ces milieux ont convenu de plusieurs mesures visant la promotion des carrières, la consolidation du lien formation et emploi et l'organisation du travail.

Au regard du lien formation et emploi, le partenariat avec le Centre de formation professionnelle Fierbourg a permis d'offrir la formation d'infirmière auxiliaire et de préposé aux bénéficiaires à de nouvelles cohortes d'étudiants. Le partenariat avec la Faculté de médecine de l'Université Laval a contribué à la création de la Clinique école d'orthophonie. De plus, la volonté des partenaires d'élargir la portée de la mesure

d'externat a conduit à une augmentation significative du nombre d'externes en soins infirmiers recrutés pour la période estivale, ce nombre passant de 86 à l'été 2008 à plus de 136 pour l'été 2009.

En matière de promotion des carrières, outre l'entente avec « Jeunes explorateurs » qui a permis de rejoindre 202 jeunes, une équipe de 30 jeunes travailleurs du réseau, mandatés pour faire la promotion des carrières auprès des étudiants du secondaire, a été mise sur pied. À ce titre, les promoteurs ont participé à une vingtaine d'activités sur les carrières organisées pour les milieux scolaires, dont le Salon Éducation-Emploi, ce qui a permis de rejoindre plus de 10 000 jeunes.

Une vaste campagne de communication auprès des jeunes du secondaire et du collégial, des établissements, des intervenants des milieux d'enseignement et de la population a encadré ces mesures de promotion.

Enfin au regard de l'organisation du travail, une somme de 1,7 million de dollars a été investie dans sept projets en soins critiques et en soutien à domicile, dont deux nouveaux.

3.21 TECHNOCENTRE RÉGIONAL

L'année 2008-2009 a été marquée par un important roulement des effectifs du Technocentre régional (TCR). Néanmoins, la continuité a été assurée pour les actions associées aux dossiers entrepris ou terminés en 2007-2008, soit :

- ✓ précision de l'offre de service du TCR et consolidation de son plan d'organisation;
- ✓ accompagnement de l'équipe du projet Dossier de santé du Québec (phase de rodage et pilotage);
- ✓ déploiement régional de l'application SIR-Médirad;
- ✓ implantation d'un programme d'amélioration continue des services informatiques (ITIL);
- ✓ optimisation et modernisation du réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) en collaboration avec les établissements, la firme Sogique et le Ministère;
- ✓ mise à jour importante des serveurs I-CLSC, TS, Clinibase et sauvegarde;
- ✓ développement des services d'hébergement d'applications et de données, notamment en ce qui concerne les applications de l'Infocentre de la Capitale-Nationale, et des applications comme l'IPM, les SIR, Espresso, Paie-GRH, Clinibase, I-CLSC, eClinibase, Dépôt régional des résultats cliniques, Horaire plus, Images, Prasat, SIGDU de la région de la Gaspésie, etc.;
- ✓ transfert des activités de soutien technologique du CSSS de Québec-Nord à l'équipe locale.

Outre les projets ci-dessus, les ressources du TCR ont répondu à plus de 16 700 demandes de service.

En fin d'exercice 2008-2009, le TCR s'est par ailleurs donné trois grands objectifs pour l'année 2009-2010, soit :

- ✓ améliorer le service à la clientèle et la gouvernance des activités opérationnelles (incidents, projets et changements);
- ✓ assurer l'évolution de l'organisation physique, mécanique, technologique et logistique des infrastructures (salle des serveurs);
- ✓ revoir le processus de gestion financière afin d'assurer une facturation efficace et équitable à ses divers clients.

3.22 PLAN RÉGIONAL D'INFORMATISATION

L'année 2008-2009 a d'abord été marquée par l'implantation du projet PACS-SIR-Dictée numérique radiologique. Le déploiement en établissement a nécessité de nombreuses collaborations entre les services cliniques, de génie biomédical et de systèmes d'information et de sécurité logique. Le système a été déployé dans les établissements suivants : Hôpital de l'Enfant-Jésus, Hôpital du Saint-Sacrement, CHUL, L'Hôtel-Dieu de Québec, Hôpital Saint-François d'Assise, Hôpital de Baie-Saint-Paul, Hôpital de La Malbaie, USMQ, IRDPQ, Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, Hôpital Chauveau, Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré, Centre d'hébergement Christ-Roi, Hôpital régional de Portneuf et CLSC de Saint-Raymond. En 2009-2010, il est prévu de poursuivre l'implantation des dictées numériques dans quatre établissements.

En appui à ce déploiement, les répertoires d'imagerie diagnostique (RID) ont commencé l'hébergement des images afin de permettre leur partage et leur publication au DSQ. D'ici juin 2009, l'ensemble des établissements de la région publieront leurs données d'imagerie au RID. Par la suite, au cours de 2009-2010, les établissements des autres régions du réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval feront de même.

Le système d'information de l'usager (SIU) en santé mentale adulte permet la circulation de l'information au moment d'une prestation de service en réseau. Cette réalisation est une réussite. La circulation de l'information est maintenant une réalité pour sept établissements de la région de la Capitale-Nationale, soit l'IUSMQ, le CHA, le CHUQ et les quatre CSSS. Le plan thérapeutique infirmier est désormais disponible. Le projet se terminera en septembre 2009, lorsque le Centre de prévention du suicide de Québec aura été ajouté au réseau.

La livraison finale, au 31 mars 2009, de la phase 1 du projet de pharmacie régionale constitue un succès économique et fonctionnel. Bien que l'exercice ait dû être fait deux fois avec deux fournisseurs différents, les budgets ont été respectés et la population de la région de la Capitale-Nationale profite des avantages de la mise en place d'un nouveau système de pharmacie identique dans six établissements depuis plus d'un an déjà. Les partenaires engagés dans ce projet étaient le Ministère, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, l'organisme Approvisionnement des deux Rives et l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Six établissements ont participé à la phase 1 du projet, soit le CHA, l'IUSMQ, le CSSS de Québec-Nord, le CSSS de Charlevoix, l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's et l'IUCPQ.

3.23 L'ESPACE DES CITOYENS/SANTÉ ET BIEN-ÊTRE (QUÉBEC)

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, en collaboration avec les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord, a soutenu financièrement les activités de l'Espace des citoyens/santé et bien-être (Québec), un projet qui vise la participation citoyenne dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce projet s'adresse à tous les citoyens de la région de la Capitale-Nationale qui souhaitent s'informer, dialoguer et se faire entendre à propos de la situation actuelle et de l'avenir du système québécois de santé et de services sociaux.

Rencontres et bulletins d'information, débats et groupes de discussion, conférences et cercle de lecture, participation à des consultations, mise sur pied de réseaux, rédaction de documents, de trousses et de synthèses d'information et construction de pages Web sur des projets spécifiques sont des activités que l'Espace des citoyens expérimente et cherche à promouvoir et auxquelles l'Agence s'associe.

3.24 FORUM DE LA POPULATION

Aucune rencontre n'a eu lieu cette année. L'Agence a entrepris au cours de la dernière année de revoir la composition des membres du Forum de la population avec la Conférence régionale des élus.

4. DONNÉES FINANCIÈRES

4.1 DONNÉES FINANCIÈRES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION ET AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

4.1.1 Budget net de fonctionnement des établissements

Code	Nom	Budget net de fonctionnement 2008-2009 (Note 1)	Budget net de fonctionnement 2007-2008 (Note 1)	Budget net Écart 2007-2008 et 2006-2007	Surplus (déficit) selon AS-471 2008-2009	Surplus (déficit) selon AS-471 2007-2008	Écart 2007-2008 et 2006-2007
					Activités principales et accessoires		
					(Note 2)		
Centres hospitaliers de courte durée							
11042371	CHUQ	456 510 992 $	434 152 388 $	22 358 604 $	(9 617 992 $)	(9 680 060 $)	62 068 $
11888062	IUSMQ	111 325 517 $	111 156 223 $	169 294 $	498 634 $	2 940 160 $	(2 441 526 $)
13163092	CHA	255 422 137 $	244 150 031 $	11 272 106 $	(1 333 156 $)	(1 336 000 $)	2 844 $
13623616	IUCPQ	167 667 864 $	159 315 687 $	8 352 177 $	(1 299 822 $)	(1 203 731 $)	(96 091 $)
	Sous-total	990 926 510 $	948 774 329 $	42 152 181 $	(11 752 336 $)	(9 279 631 $)	(2 472 705 $)
Centres d'hébergement et de soins de longue durée							
12409991	Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's	22 439 806 $	21 332 204 $	1 107 602 $	(143 982 $)	30 340 $	(174 322 $)
	Sous-total	22 439 806 $	21 332 204 $	1 107 602 $	(143 982 $)	30 340 $	(174 322 $)
Centres de réadaptation							
11042777	CRUV	7 066 766 $	6 364 012 $	702 754 $	30 572 $	46 822 $	(16 250 $)
11042900	IRDPQ	51 395 150 $	49 039 027 $	2 356 123 $	118 602 $	93 272 $	25 330 $
11043908	CRDI de Québec	54 712 858 $	51 827 506 $	2 885 352 $	(84 424 $)	633 772 $	(718 196 $)
	Sous-total	113 174 774 $	107 230 545 $	5 944 229 $	64 750 $	773 866 $	(709 116 $)

Code	Nom	Budget net de fonctionnement 2008-2009 (note 1)	Budget net de fonctionnement 2007-2008 (note 1)	Budget net Écart 2007-2008 et 2006-2007	Surplus (déficit) Selon AS-471 2008-2009	Surplus (déficit) Selon AS71 2007-2008	Écart 2007-2008 et 2006-2007
					Activités principales et accessoires		
					(note 2)		
Centres de santé et de services sociaux							
11043650	CSSS de Portneuf	37 672 220 $	36 084 784 $	1 587 436 $	47 580 $	154 353 $	(106 773 $)
11044153	CSSS de la Vieille-Capitale	178 820 833 $	168 176 880 $	10 643 953 $	365 589 $	865 307 $	(499 718 $)
11044161	CSSS de Québec-Nord	135 577 738 $	127 487 536 $	8 090 202 $	22 362 $	57 179 $	(34 817 $)
11044336	CSSS de Charlevoix	73 208 293 $	70 312 547 $	2 895 746 $	124 520 $	71 840 $	52 680 $
	Sous-total	425 279 084 $	402 061 747 $	23 217 337 $	560 051 $	1 148 679 $	(588 628 $)
Centre de protection enfance-jeunesse — Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation							
11042868	Les centres jeunesse de Québec	75 985 701 $	72 229 411 $	3 756 290 $	495 941 $	785 147 $	(289 206 $)
	Sous-total	75 985 701 $	72 229 411 $	3 756 290 $	495 941 $	785 147 $	(289 206 $)
Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés							
11042520	CH Notre-Dame du Chemin	3 066 852 $	2 967 289 $	99 563 $			
12399820	La Champenoise (Corporation N.-D. de Bon-Secours)	462 246 $	448 496 $	13 750 $			
13027073	Centre d'hébergement du Boisé	4 555 203 $	3 899 197 $	656 006 $			
23190218	Le Centre d'accueil Nazareth	4 017 446 $	3 887 420 $	130 026 $			
25457094	Hôpital Ste-Monique	3 624 631 $	3 490 040 $	134 591 $			
27508456	Centre d'hébergement St-Jean-Eudes	11 196 044 $	11 180 758 $	15 286 $			
28694321	CH St-François	2 051 319 $	1 966 003 $	85 316 $			
51230175	CH Champlain des Montagnes	5 398 934 $	5 115 680 $	283 254 $			
54583091	CHSLD St-Augustin	5 359 248 $	5 114 070 $	245 178 $			
	Sous-total	39 731 923 $	38 068 953 $	1 662 970 $			

Code	Nom	Budget net de fonctionnement 2008-2009 (Note 1)	Budget net de fonctionnement 2007-2008 (Note 1)	Budget net Écart 2007-2008 et 2006-2007	Surplus (déficit) selon AS-471 2008-2009	Surplus (déficit) selon AS-471 2007-2008	Écart 2007-2008 et 2006-2007
					Activités principales et accessoires		
					(Note 2)		

Sommaire

	Centres hospitaliers de courte durée	990 926 510 $	948 774 329 $	42 152 181 $	(11 752 336 $)	(9 279 631 $)	(2 472 705 $)
	Centres d'hébergement et de soins de longue durée	22 439 806 $	21 332 204 $	1 107 602 $	(143 982 $)	30 340 $	(174 322 $)
	Centres de réadaptation	113 174 774 $	107 230 545 $	5 944 229 $	64 750 $	773 866 $	(709 116 $)
	Centres de santé et de services sociaux	425 279 084 $	402 061 747 $	23 217 337 $	560 051 $	1 148 679 $	(588 628 $)
	Centre de protection enfance-jeunesse — Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation	75 985 701 $	72 229 411 $	3 756 290 $	495 941 $	785 147 $	(289 206 $)
	Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés	39 731 923 $	38 068 953 $	1 662 970 $			
	Total	1 667 537 798 $	1 589 697 189 $	77 840 609 $	(10 775 576 $)	(6 541 599 $)	(4 233 977 $)

Note 1 : Ne tient compte que des sommes inscrites aux extrants budgétaires du système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R).

Note 2 : Les données 2008-2009 sont ajustées (voir page 200 des états financiers) pour rendre comparables à l'année 2007-2008.

4.1.2 Ressources financières – Réseau

Allocation pour le financement des services offerts à la population

Au cours de l'exercice, l'Agence a attribué, pour le fonctionnement des activités des établissements et des organismes de la région, un montant de 1 815 427 M$, ce qui représente une augmentation de 106,373 M$ comparativement à l'exercice précédent.

Cette augmentation est composée des éléments suivants :

	M$
Effet associé à la croissance du système salarial et des autres dépenses	56,107
Santé physique et accès chirurgie	17,506
Financement spécifique pour la croissance du coût des médicaments et des volumes d'activité additionnels	12,076
Personnes en perte d'autonomie	4,431
GMF et cliniques-réseau	3,245
Services aux jeunes et à leur famille	1,356
Troubles envahissants du développement, déficience physique	1,315
Ressources intermédiaires et familles d'accueil	1,137
Organismes communautaires	1,136
Santé mentale	0,751
Violence	0,528
Santé publique	0,434
Système du sang, services neurosciences et autres	0,253
Autres	6,098
	106,373

Suivi financier du réseau

Pour l'année 2008-2009, la situation financière des établissements publics de la région de la Capitale-Nationale s'est légèrement améliorée par rapport à l'exercice précédent.

Aussi, les résultats financiers de l'ensemble du réseau pour l'exercice se terminant le 31 mars 2009 incluant les activités accessoires, montrent un déficit global de 10 775 M$[11]. Les établissements en déficit sont les suivants :

11. Toutefois, ces établissements ont respecté la cible déficitaire minimale qui leur avait été attribuée.

	M$	Cible déficitaire
CHUQ	9,617	9,700
CHA	1,333	1,336
IUCPQ	1,299	1,313

Autorisation d'emprunt

Au cours de l'année 2008-2009, l'Agence a émis deux autorisations d'emprunts pour des projets d'immobilisations autofinancés totalisant la somme de 6 850 000 $, ce qui représente le montant initialement approuvé.

Établissements	Nombre d'emprunts	Emprunt total
CHUQ	1	5 350 000 $
CHA	1	1 500 000 $
Total	2	6 850 000 $

Immobilisations

À chaque année, le Ministère alloue à chacune des régions des crédits pour le plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI). Ainsi, pour l'année 2008-2009, la région a reçu 17 999 047 $ pour le volet « rénovations fonctionnelles » pour les établissements autres que les CHSLD et 46 610 374 $ pour le volet « maintien d'actifs ».

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières 2008-2011
Enveloppes budgétaires 2008-2009 réparties par établissement

Établissement	Rénov. fonct.	Maint. d'actifs
CSSS de Charlevoix	400 000 $	1 671 000 $
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	153 000 $	759 000 $
IUSMQ	1 854 000 $	6 347 000 $
CHA	2 222 000 $	7 606 000 $
IUCPQ	1 097 000 $	3 754 000 $
CSSS de la Vieille-Capitale	244 000 $	3 372 000 $
CSSS de Québec-Nord	206 000 $	1 891 000 $
CSSS de Portneuf	138 000 $	1 017 000 $
Agence	21 000 $	70 000 $
CHUQ	3 209 000 $	11 128 000 $
IRDPQ	818 000 $	2 799 000 $
CRDI de Québec	126 000 $	430 000 $
CJQ	326 000 $	1 112 000 $
Frais de gestion alloués à l'Agence par le Ministère	225 000 $	N/A
Réserve régionale pour projets spéciaux ou urgents	6 960 047 $	4 654 374 $
Total :	17 999 047 $	46 610 374 $

Ces attributions sont en fonction des crédits alloués par le Ministère pour l'exercice 2008-2009. Le solde de la réserve régionale en maintien d'actifs pour les projets spéciaux ou urgents non utilisé est ajouté à l'enveloppe à répartir l'année suivante.

D'autre part, en février 2007, le Ministère annonçait les projets de rénovations fonctionnelles majeures et mineures en regard du volet immobilier du « plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie », déposé par l'Agence.

Ainsi, les projets suivants ont été annoncés :

Rénovations fonctionnelles majeures
(Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie)

Établissement (installation)	Projet	Étape autorisée	Budget accordé
✓ CSSS de Québec-Nord ✓ Centre d'hébergement Saint-Augustin	Réaménager les étages 1, 2, 3 et 4 pour adapter les « W.-C. » des chambres, ajouter des salons, des salles à manger, etc.	PFT	12 000 000 $ (demande de rehaussement à 20 000 000 $)
✓ CSSS de Québec-Nord ✓ Foyer de Loretteville	Agrandissement pour ajouter 64 lits.	PFT (abandonné)	8 000 000 $ (voir ci-dessus)
✓ CSSS de Portneuf	Construction d'un CHSLD de 32 lits à Pont-Rouge.	Plans et devis et construction	10 200 000 $
		TOTAL :	30 200 000 $

Rénovations fonctionnelles mineures
(Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie)

Établissement (installation)	Projet	Budget accordé
CSSS de Charlevoix	Installation de lève-personnes sur rails au plafond.	203 000 $
CSSS de Portneuf		410 000 $
IUSMQ		638 650 $
Saint Brigid's		202 000 $
Hôpital Jeffery Hale		221 250 $
CSSS de la Vieille-Capitale		2 827 000 $
Centre hospitalier Saint-François inc.		213 500 $
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes inc.		296 000 $
Hôpital St-François d'Assise (unité de transition St-Jean-Eudes aile «D» SFA)		324 000 $
Centre d'accueil Nazareth inc.		90 000 $
Hôpital Sainte-Monique inc.		92 600 $
Vigi Santé ltée		37 000 $
CSSS de Charlevoix	Aménagement d'une unité de vie de 15 lits en CHSLD à l'Hôpital Baie-St-Paul.	1 450 000 $
CSSS de Québec-Nord	Transformation de chambres multiples en chambres doubles ou simples.	12 000 $
CSSS de la Vieille-Capitale		1 570 000 $
CSSS de la Vieille-Capitale	Aménagement d'une unité prothétique.	1 500 000 $
Centre d'accueil Nazareth inc.	Travaux pour l'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires.	20 000 $
Hôpital Sainte-Monique inc.		18 000 $
Centre hospitalier Notre-Dame du Chemin inc.		25 000 $
Centre hospitalier Notre-Dame du Chemin inc.	Installation d'un bain thérapeutique.	50 000 $
	TOTAL :	10 200 000 $

Par ailleurs, dans le cadre des projets de construction et de rénovations fonctionnelles de plus de 2 M$, les projets suivants méritent d'être soulignés :

Projets de plus de 2 M$

Projet	Étape Autorisée	Coût
Pavillon des sciences neurologiques - HEJ	Programme fonctionnel et technique	72 M$
Agrandissement de L'Hôtel-Dieu de Québec		730,6 M$
Centre de recherche de l'IUCPQ - phase C de l'étape 3 (incluant équipements : 512 K$)		8,17 M$
Agrandissement du site Cardinal-Villeneuve de l'IRDPQ	Mise à l'étude	18,7 M$
Construction d'un CHSLD de 32 lits sur le terrain du CLSC à Pont-Rouge (CSSS de Portneuf)	Plans et devis préliminaires	10,2 M$
Rénovations fonctionnelles reliées au plan directeur immobilier de l'IUSMQ (Centre hospitalier Robert-Giffard)	Construction	42 M$
Centre de recherche de l'IUCPQ - phase A de l'étape 3 (incluant équipements : 348 K$)		2,35 M$
Centre de recherche de l'IUCPQ - phase B de l'étape 3 (incluant équipements : 880 K$)		2,57 M$
Aménagement de l'UMF Laval dans le pavillon Marguerite d'Youville de l'IUCPQ (incluant équipements : 250 K$)		2,12 M$
Construction d'une maison de naissances dans l'arrondissement de Limoilou		3,1 M$
CUO de Québec		15,0 M$
Projet autofinancé d'agrandissement et de réaménagement du CLSC Haute-Ville, 55, chemin Sainte-Foy		3,71 M$
Relocalisation de la Résidence Saint-Charles dans un nouvel édifice (128 lits)		27,5 M$
Réaménagement de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus		2,0 M$
Centre de recherche - phase 2 de l'IUCPQ		27,6 M$
Urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus		20,1 M$

Équipements

	Coût
✓ Attribution du solde du fonds régional en équipement 2008-2009	30 393 427 $
Plan de conservation en équipement et mobilier - Volet équipement médical	16 571 230 $
Plan de conservation en équipement et mobilier - Volet équipement non-médical et mobilier	3 515 132 $
Actifs informationnels	5 013 300 $
Gamma-caméra avec TDM non diagnostique (part régionale pour l'IUCPQ)	455 000 $
Robots de pharmacie (part régionale pour le CHUQ)	975 000 $
Projet SARDM (part régionale)	1 300 298 $
Projet SARDM (non récurrent - part ministérielle)	1 566 307 $
Remplacement de véhicules pour le transport des bénéficiaires	350 000 $
Cotisation annuelle - Système de valeur de remplacement	15 000 $
Lits électriques en CHSLD privés conventionnés (phase 2)	210 381 $
Réserve régionale - Volet équipement médical	377 392 $
Réserve régionale - Volet équipement non-médical et mobilier	44 387 $
✓ Dépenses de nature capitalisable	4 108 465 $
✓ Autorisations particulières (programme haute technologie 2007-2008 annoncé en 2008-2009)	3 674 000 $
Modernisation du système de distribution des médicaments - CHUQ	1 950 000 $
Appareils d'anesthésie - IUCPQ	225 000 $
Gastroentérologie - CHA	500 000 $
Stérilisateur « Flash » - CSSS de Charlevoix	70 000 $
Petits équipements cliniques externes (dentisterie & colonoscope) – CSSS de la Viellle-Capitale	110 000 $
Équipement spécialisé pour la clinique de rééducation sexuelle - IRDPQ	49 000 $
Colonoscope long - CSSS de Québec-Nord	40 000 $
Appareil d'échographie - IUSMQ	200 000 $
Microscope et centrifugeuse - Hôpital Jeffery Hale	20 000 $
Autotransfuseur - CHA	60 000 $
Pompes PCA - CHA	120 000 $
Civières à l'urgence - Hôpital Jeffery Hale	40 000 $
Moniteurs physiologiques salle de réveil - CSSS de Charlevoix	40 000 $
Mobile de radiofluoroscopie - CHA	160 000 $
Appareils d'électrochirurgie - CHA	90 000 $
✓ Autorisations particulières 2008-2009	6 294 061 $
Acquisition de respirateurs volumétriques dans le cadre de la pandémie - phase 1 (CHUQ et IUCPQ)	468 504 $

	Coût
Deux accélérateurs linéaires - CHUQ	5 000 000 $
Allocation budgétaire recommandée par le comité conjoint FMSQ-MSSS / Achat de petits instruments de chirurgie au bloc opératoire - non récurrent pour le CHA	300 000 $
Allocation budgétaire recommandée par le comité conjoint FMSQ-MSSS / Achat de petits instruments de chirurgie au bloc opératoire - non récurrent pour le CHUQ	300 000 $
Ajout de petits appareils médicaux *vs* consolidation ou stabilisation d'une offre de service existante (réserve ministérielle)	225 557 $
✓ Autorisations particulières (projet de construction)	4 936 000 $
Équipement médical et mobilier pour la Maison des naissances – CSSS de la Vieille-Capitale	182 000 $
Équipement médical spécialisé et mobilier *vs* projet agrandissement et réaménagement urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA	2 494 000 $
Équipements pour la Résidence Saint-Charles, suite à la relocalisation de la Résidence Saint-Charles de Limoilou, du centre de jour de 50 places et du point de services du CLSC « Des Capucins » dans un nouveau CHSLD / Projet n° P00214 / M-10297	2 260 000 $
✓ Aides techniques aux personnes handicapées - Subvention récurrente 2008-2009	142 524 $
Aides à la ventilothérapie à domicile et équipements amortissables en oxygénothérapie - récurrent - (Fiduciaire national) : Acquisition ou renouvellement d'équipements pour le service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile - IUCPQ	142 524 $
✓ « Équipements - Soutien à domicile » - Subvention non récurrente 2008-2009	1 499 094 $
Équipements aides techniques au service de soutien à domicile (SAD) / Ensemble des CSSS	372 502 $
Aides à la ventilothérapie à domicile et équipements amortissables en oxygénothérapie - non récurrent - (Fiduciaire national) : Acquisition ou renouvellement d'équipements pour le service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile - IUCPQ	412 730 $
Aides techniques aux personnes handicapées - aide à la vie domestique et à la vie quotidienne pour le Parc régional centralisé – CSSS de Québec-Nord	189 991 $
Équipements diagnostiques et médicaux destinés au SAD pour le Parc régional centralisé des aides techniques - CSSS de Québec-Nord	523 871 $
TOTAL	51 047 571 $
✓ Autres subventions	
✓ Projets Fondation canadienne pour l'Innovation	1 572 800 $
TOTAL	1 572 800 $

4.1.3 Subventions aux organismes communautaires

L'Agence s'est dotée, le 12 mars 1998 (résolution 45-CA-07), de la Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires. Cette politique a été mise à jour en décembre 2004. En adoptant cette politique, elle s'est donné des orientations et un cadre de référence dans ses rapports de partenariat avec les organismes communautaires qui agissent dans le secteur de la santé et des services sociaux dans la région de la Capitale-Nationale.

Cette politique précise notamment les modes de financement des organismes communautaires (principalement par le Programme de soutien aux organismes communautaires) ainsi que les critères d'admissibilité au financement et de reddition de comptes.

Le soutien financier accordé aux organismes communautaires pour l'année financière 2008-2009 l'a été dans le respect des orientations et des normes édictées par cette politique.

Type d'organismes communautaires	Nombre d'organismes
Organismes en promotion et services	211
Organismes en maintien à domicile	29
Total	240

Subventions aux organismes communautaires

Sommaire	Subventions récurrentes		Subventions non récurrentes	Total	%
	$	%			
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES					
Financement de base					
Aide et entraide	8 272 418 $		0 $	8 272 418 $	
Sensibilisation, promotion et défense des droits	1 595 186 $		0 $	1 595 186 $	
Hébergement communautaire	5 907 073 $		0 $	5 907 073 $	
Milieux de vie	13 108 182 $		0 $	13 108 182 $	
Financement par objectifs	6 377 747 $		0 $	6 377 747 $	
Sous-total	35 260 606 $	93,56 %	0 $	35 260 606 $	92,49 %
PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE					
Violence, abus et négligence envers les enfants					
et troubles de comportement des jeunes	13 697 $		0 $	13 697 $	
Violence faite aux femmes en milieu familial	32 943 $		0 $	32 943 $	
Toxicomanie	32 336 $		0 $	32 336 $	
Santé mentale	132 543 $		0 $	132 543 $	
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	96 949 $		0 $	96 949 $	
Lutte à la pauvreté	127 773 $		0 $	127 773 $	
Sous-total	436 241 $	1,16 %	0 $	436 241 $	1,14 %
AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT					
Activités en santé mentale	755 154 $		0 $	755 154 $	
Autres montants récurrents	1 019 575 $		0 $	1 019 575 $	
Programme d'aide aux joueurs pathologiques	217 412 $		0 $	217 412 $	
Programme d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie			25 000 $	25 000 $	
Autres montants non récurrents			409 750 $	409 750 $	
Sous-total	1 992 141 $	5,29 %	434 750 $	2 426 891 $	6,37 %
TOTAL	37 688 988 $	100,00 %	434 750 $	38 123 738 $	100,00 %

4.2 RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme comptable Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Michel Fontaine
Président-directeur général

François Dion
Directeur régional du financement et des immobilisations

4.3 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR EXTERNE ET ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS DE L'AGENCE

4.3.1 Rapport du vérificateur externe sur les états financiers condensés

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport des vérificateurs externes sur les états financiers condensés

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au 31 mars 2009 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel nous avons exprimé une opinion sans réserve dans notre rapport daté du 5 juin 2009. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 4, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Notre responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 4.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

Comptables agréés

Québec, le 19 août 2009

Comptable agréé auditeur permis n° 7461

4.3.2 Fonds d'exploitation

RÉSULTATS

	Exercice terminé le 31 mars 2009			
	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
PRODUITS				
Subventions du Ministère :				
Budget signifié	14 546 390		65 917	
(Diminution) ou augmentation du financement	774 109			
Variation des revenus reportés — Ministère			19 961	
Ajustement de la subvention à recevoir — Réforme comptable — Variation des provisions	26 542			
	15 347 041		85 878	
Revenus d'intérêts	6 203		75 268	
Revenus d'autres sources :				
Recouvrements	49 657			
Ventes de services	3 053 775			
Subventions du gouvernement fédéral	6 612			
Autres revenus	444 270		72 381	
	18 907 558		233 527	
CHARGES D'EXPLOITATION				
Salaires	10 196 376		5 914	
Avantages sociaux	2 399 404		5 842	
Charges sociales	1 228 112		1 408	
Frais de déplacement et d'inscription	260 398			
Services achetés	1 315 384		63 272	
Communications	318 194		62 699	
Loyer	1 106 568			
Location d'équipement	73 276			
Fournitures de bureau	300 700			
Transferts à des établissements	21 825			
Autres frais	1 773 876		12 000	
Charges non réparties	3 476			
	18 997 589		151 135	
EXCÉDENT / DÉFICIT	-90 031		82 392	

	Exercice terminé le 31 mars 2009			
	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$	$	$
À titre informatif seulement : Contributions (+/-)				
En provenance de fonds affectés (+)	225 000			
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	191 000			
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	-217 567			
Excédent / Déficit après contributions	108 402		82 392	

Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2008-2009.

4.3.3 Fonds des activités régionalisées

RÉSULTATS

	Exercice terminé le 31 mars 2009	
	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	5 094 743	
Variation des revenus reportés — Crédits régionaux	1 816 705	
Ajustement de la subvention à recevoir — Réforme comptable		
Contributions des établissements	157 200	
Revenus d'intérêts	158 301	
Contributions de fonds affectés		
Revenus d'autres sources	3 627 126	
	10 854 075	
CHARGES D'EXPLOITATION		
Salaires	2 480 257	
Avantages sociaux	692 081	
Charges sociales	334 633	
Frais de déplacement et d'inscription	71 225	
Services achetés	3 528 096	
Communications	372 779	
Loyer	76 289	
Location d'équipement	8 246	
Fournitures de bureau	134 494	
Autres frais	2 622 443	

	Exercice terminé le 31 mars 2009	
	Exercice courant $	Exercice précédent $
Transfert de frais généraux	389 078	
	10 709 621	
EXCÉDENT / DÉFICIT	144 454	
À titre informatif seulement : Contributions (+/-)		
En provenance de fonds affectés (+)		
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)		
Affectées au fonds d'exploitation (-)	-191 000	
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	-130 027	
Excédent / Déficit après contributions	-176 573	

Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2008-2009.

4.3.4 Fonds d'immobilisations

RÉSULTATS

	Exercice terminé le 31 mars 2009	
	Exercice courant $	Exercice précédent $
PRODUITS		
Ministère :		
Subvention pour le remboursement de la dette-capitale	58 931 744	
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt		
Gain sur disposition		
Autres produits :		
Subventions du gouvernement fédéral		
Autres subventions		
Autres		
	58 931 744	
CHARGES		
Frais d'intérêts :		
Corporation d'hébergement du Québec		
Financement-Québec		
Autres		
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations		

	Exercice terminé le 31 mars 2009	
	Exercice courant $	Exercice précédent $
Amortissement — Immobilisations détenues au 31 mars 2008	25 033 158	
Amortissement — Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	9 143 837	
Perte sur disposition d'immobilisations		
Autres charges		
Transfert de frais généraux		
	34 176 995	
EXCÉDENT / DÉFICIT	24 754 749	
À titre informatif seulement : Contributions (+/-)		
En provenance du fonds d'exploitation — Activités principales (+)	217 567	
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	130 027	
En provenance de fonds affectés (+)	42 591 270	
Contributions affectées à d'autres fonds (-)		
Excédent / Déficit après contributions	67 693 613	

Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2008-2009.

4.3.5 Fonds d'exploitation

SOLDE DE FONDS

	Exercice terminé le 31 mars 2009		
	Fonds d'exploitation		
	Activités principales $	Avoir propre $	Total $
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR AU DÉBUT	343 316	2 459 876	2 803 192

Additions / Déductions	Reports
ACTIVITÉS PRINCIPALES :	
Excédent / Déficit de l'exercice	-90 031
Transfert interfonds (provenance) :	
Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	
Contributions de fonds affectés (+)	225 000
Contributions de fonds des activités régionalisées (+)	191 000

		Exercice terminé le 31 mars 2009		
		Fonds d'exploitation		
		Activités principales	Avoir propre	Total
		$	$	$
Transfert interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	-217 567			
Contributions à d'autres fonds (-)				
Excédent / Déficit après contributions	108 402	108 402		108 402
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :				
Excédent / Déficit de l'exercice			82 392	82 392
Transfert interfonds (provenance) :				
Contributions en provenance de l'avoir propre (+)				
Transfert interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)				
Contributions à d'autres fonds (-)				
Excédent / Déficit après contributions			82 392	82 392
Autres additions		54 650	3 568	58 218
Variation de l'exercice		163 052	85 960	249 012
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR À LA FIN		506 368	2 545 836	3 052 204

Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2008-2009.

4.3.6 Fonds combinés

SOLDE DE FONDS

	Exercice terminé le 31 mars 2009	
	Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
	$	$
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR AU DÉBUT	22 221 463	7 640 051
Additions / Déductions		
ACTIVITÉS PRINCIPALES :		
Excédent / Déficit de l'exercice	24 754 749	144 454
Transfert interfonds (provenance) :		
Contributions du fonds d'exploitation (+)	217 567	
Contributions de fonds des activités régionalisées (+)	130 027	
Contributions de fonds affectés (+)	43 031 455	

	Exercice terminé le 31 mars 2009	
	Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
	$	$
Transfert interfonds (affectations) :		
Contributions du fonds d'exploitation (-)		-191 000
Contributions à des fonds affectés (-)		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)		-130 027
Autres additions	-68 133 798	-429 135
Variation de l'exercice		-605 708
Réforme comptable — Redressements au 1er avril 2008 confirmés par le Ministère :	-85 531 495	
Amortissement cumulé des immobilisations	63 310 032	
Écart de financement — Immobilisations		
Autres redressements		-4 190
Réforme comptable — Redressements au 1er avril 2008 confirmés par l'Agence		
Fonds affectés, immobilisations et équipements		
Autres redressements		
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR À LA FIN		7 030 153

Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2008-2009.

4.3.7 Fonds combinés

BILAN

	Exercice terminé le 31 mars 2009			
	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$	$	$
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	2 765 314		7 705 094	
Débiteurs :				
Ministère	91 283		212 731	
Établissements	206 091		675 084	

	Exercice terminé le 31 mars 2009			
	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$	$	$
Autres	1 982 615		676 999	
Taxes à recevoir	14 300		149 076	
Autres éléments				
	5 059 603		9 418 984	
Subvention à recevoir — Réforme comptable	1 497 548		196 826	
TOTAL DE L'ACTIF	6 557 151		9 615 810	
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque			94 019	
Créditeurs :				
Ministère				
Établissements	46 521		211 381	
Autres	1 540 262		1 567 732	
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques				
Autres revenus reportés	271 578		499 734	
Provision pour vacances, congé de maladie, férié	1 646 586		212 791	
	3 504 947		2 585 657	
SOLDE DE FONDS	3 052 204		7 030 153	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	6 557 151		9 615 810	

Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2008-2009.

4.3.8 Fonds d'immobilisations

BILAN

	Au 31 mars 2009	
	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
ACTIF		
À court terme		
Encaisse		
Débiteurs du Ministère		
Autres éléments		
À long terme		
Immobilisations	94 884 108	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) — Écart de financement — Réforme comptable	122 241 776	
Autres éléments d'actifs		
TOTAL DE L'ACTIF	217 125 884	
PASSIF		
À court terme		
Emprunts de banque	353 483	
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme		
Intérêts courus à payer :		
Financement-Québec		
Corporation d'hébergement du Québec		
Autres		
Autres revenus reportés		
Avance de fonds en provenance des fonds affectés des immobilisations et des équipements — Enveloppes décentralisées	15 363 307	
Autres éléments	19 707 484	
À long terme		
Revenus reportés		
Dette à long terme		
Financement temporaire Corporation d'hébergement du Québec — Enveloppes décentralisées	181 701 610	
TOTAL DU PASSIF	217 125 884	
SOLDE DE FONDS		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	217 125 884	

Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2008-2009.

4.3.9 Fonds affectés cumulés

BILAN

	Au 31 mars 2009	
	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	9 642 061	
Avances de fonds aux établissements publics	39 778 373	
Avances de fonds au fonds d'immobilisations	15 363 307	
Débiteurs :		
Ministère	2 642 196	
Ministère — Subvention pour intérêts sur emprunts		
Établissements	80 000	
Taxes à recevoir	611 828	
Autres	717 231	
Charges payées d'avance	275 715	
	69 110 711	
À long terme		
Subvention à recevoir — Réforme comptable — Enveloppes décentralisées	172 262 136	
TOTAL DE L'ACTIF	241 372 847	
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	807 987	
Emprunts de banque	55 141 681	
Intérêts courus à payer :		
Corporation d'hébergement du Québec	767 657	
Financement-Québec	1 634 539	
Autres		
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements	98 638	
Autres	1 485 219	
Provision pour vacances, congé de maladie, férié	-10 409	
	59 925 312	
Dette à long terme — Enveloppes décentralisées	172 316 449	
	232 241 761	
SOLDE DE FONDS	9 131 086	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	241 372 847	

Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2008-2009.

4.3.10 Fonds affectés cumulés

RÉSULTATS

	Exercice terminé le 31 mars 2009	
	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
PRODUITS		
Ministère	34 757 130	
Récupération par le Ministère		
Crédits régionaux	16 134	
Variation des revenus reportés — Ministère et crédits régionaux	2 304 186	
Subvention du Ministère pour :		
le remboursement de la dette-capitale	-9 129 262	
le remboursement de la dette-intérêt	12 770 229	
Ajustement de la subvention à recevoir — Réforme comptable		
Revenus de placements	192 381	
Autres revenus :		
Subventions du gouvernement fédéral	44 073	
Autres subventions	2 001 824	
Autres	8 423 090	
	51 379 785	
CHARGES		
Établissements	36 303	
Intérêts sur emprunts :		
Corporation d'hébergement du Québec	4 570 663	
Financement-Québec	8 199 566	
Autres		
Charges d'exploitation :		
Salaires	145 877	
Avantages sociaux	22 826	
Charges sociales	18 567	
Frais de déplacement et d'inscription	938	
Services achetés	4 436 891	
Location d'équipement		
Fournitures de bureau	4 221	
Autres charges d'exploitation	19 100	
Autres charges	37 567 106	
	55 022 058	
EXCÉDENT / DÉFICIT	-3 642 273	

Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2008-2009.

4.3.11 Fonds affectés cumulés

SOLDE DE FONDS

	Exercice terminé le 31 mars 2009	
	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR AU DÉBUT	8 533 023	
Additions / Déductions	-3 642 273	
Excédent / Déficit de l'exercice		
Transfert interfonds (provenance) :		
Contributions du fonds d'exploitation (+)		
Contributions de fonds des activités régionalisées (+)		
Contributions de fonds affectés (+)		
Transfert interfonds (affectations) :		
Contributions du fonds d'exploitation (-)		
Contributions de fonds des activités régionalisées (-)	-300 000	
Contributions à des fonds affectés (-)		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	-42 591 270	
Autres additions	-147 576 932	
Variation de l'exercice	-194 110 475	
Réforme comptable — Redressements au 1er avril 2008 confirmés par le Ministère		
Amortissement cumulé des immobilisations		
Écart de financement — Immobilisations		
Autres redressements		
Réforme comptable — Redressements au 1er avril 2008 confirmés par l'Agence :		
Autres charges salariales à payer		
Autres redressements		
Écart de financement — Réforme comptable — Enveloppes décentralisées	194 708 538	
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR À LA FIN	9 131 086	

Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2008-2009.

4.3.12 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits

	Exercice terminé le 31 mars 2009	
	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2008-2009 inscrit dans le système SBF-R	1 815 614 758	
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	1 703 251 481	
Allocations aux organismes communautaires	38 501 261	
Allocations à d'autres organismes	16 131 892	
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	1 757 884 634	
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence	38 744 741	
Autres	26 400	
	1 796 655 775	
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	18 958 983	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics :		
Comptes à payer signifiés	11 026 787	
Comptes à payer non signifiés		
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics :		
Comptes à payer signifiés	3 626 321	
Comptes à payer non signifiés	4 155 374	
	18 808 482	
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS	150 501	
Information additionnelle		
Financement alloué par le Ministère non inscrit au système SBF-R	10 531 848	
Comptes à payer signifiés aux établissements	10 345 827	

4.4 NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS — EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

NOTE 1 — Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 — Modifications comptables

Introduction

Les principes directeurs du Manuel de gestion financière (MGF) du ministère de la Santé et des Services sociaux sont révisés et mis en application rétroactivement au 1er avril 2008 de façon à ce que soit appliquée la comptabilité d'exercice pour les dépenses et les revenus des agences. La révision s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus (PCGR) du secteur public publiés par l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA). En ce qui a trait à certains éléments spécifiquement exclus de la comptabilité d'exercice par le passé, l'impact de l'harmonisation est pris en charge par le Ministère au moyen de subventions à recevoir confirmées aux agences.

Conséquemment, le 1er avril 2008, l'Agence a appliqué les principes comptables suivants.

Rémunération

La dépense de rémunération, plus particulièrement les vacances, les congés fériés, les congés mobiles, les congés à titre de mesure de rétention et de quart stable de nuit, le résidu de la banque de congés de maladie gelée et la banque de congés de maladie courante incluant les charges sociales doivent être comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Ainsi, les dépenses sont constatées dans les résultats de l'exercice financier au cours duquel elles sont engagées, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement. Auparavant, ce type de dépenses était comptabilisé lors du débours et les montants accumulés étaient présentés à titre d'information. Conséquemment à l'application de la comptabilité d'exercice, les obligations découlant des dépenses de rémunération courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce poste est portée aux dépenses de l'exercice. L'Agence a constaté, à titre de rémunération à payer les vacances courues, les congés fériés, les congés mobiles, les congés à titre de mesure de rétention et de quart stable de nuit, le résidu de la banque de congés de maladie gelée et la banque de congés de maladie courante, incluant les charges sociales y afférentes en date du 1er avril 2008 pour un montant de 1 748 809 $. Par conséquent, une subvention à recevoir équivalente du Ministère a été comptabilisée. La contrepartie des frais courus et de la subvention à recevoir du Ministère est présentée au solde de fonds.

Les charges salariales à payer, telles que les heures supplémentaires et les banques d'heures et les charges sociales y afférentes au 31 mars 2008, doivent être comptabilisées pour le 1er avril 2008 au solde de fonds du fonds approprié si l'Agence n'a pas établi un tel compte à payer au 31 mars 2008. L'inscription d'un compte à payer au 1er avril 2008 ne fait pas l'objet d'une subvention à recevoir du Ministère.

Créditeurs

Intérêts courus à payer au 31 mars.

Les créditeurs sont dorénavant comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Ainsi, les intérêts courus à payer au 31 mars sur toutes les dettes de l'Agence doivent être comptabilisés, de même que toute dette relative à des travaux effectués, à des marchandises reçues ou à des services rendus. Conséquemment, l'Agence a constaté un montant de 2 114 669 $ à titre d'intérêts courus au 1er avril 2008. Par conséquent, un montant à recevoir équivalent du Ministère a été comptabilisé. La contrepartie des frais courus et de la subvention à recevoir du Ministère est présentée au solde de fonds du fonds approprié.

Immobilisations

Contrairement aux exercices antérieurs, les immobilisations doivent être comptabilisées au coût et amorties selon une méthode logique et systématique, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis, sur une période correspondant à leur durée de vie utile. Auparavant, aucun amortissement n'était comptabilisé à titre de dépense.

Conséquemment, l'Agence a constaté un montant de 85 531 495 $ à titre d'amortissement cumulé au 31 mars 2008 pour les immobilisations détenues au 31 mars 2008. Un montant équivalent a été comptabilisé au solde de fonds du fonds d'immobilisations.

Toute nouvelle contribution des fonds de dotation et à destination spéciale au fonds d'immobilisations doit y être comptabilisée à titre de revenus reportés et doit être amortie sur la durée de vie des équipements pour lesquels la contribution a eu lieu.

Ajustement des revenus et des dépenses des exercices antérieurs

À compter de l'exercice 2008-2009, tout ajustement des revenus et des dépenses des exercices antérieurs est porté aux résultats de l'exercice en cours, à l'exception des redressements relatifs à une modification de convention comptable ou à la correction d'une erreur importante dans le rapport financier annuel d'un exercice antérieur qui doivent être portés au solde de fonds du fonds approprié. Auparavant, les ajustements étaient comptabilisés aux soldes de fonds sans égard à la nature de l'ajustement.

Dette à long terme

Emprunts et frais d'émission et d'escompte sur obligations

À compter de l'exercice 2008-2009, les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance. Cet amortissement est calculé selon le taux effectif de chaque emprunt.

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode de l'amortissement linéaire. L'Agence n'a effectué aucun redressement à titre de frais reportés concernant les frais d'émission liés aux emprunts au 1er avril 2008. Auparavant, ces frais étaient comptabilisés en compensation de la dette.

Financement temporaire – Enveloppes décentralisées

L'Agence doit ajuster, au 1er avril 2008, les montants présentés à l'actif et au passif du bilan du fonds d'immobilisations au 31 mars 2008 à titre de « financement temporaire à réaliser à la fin » en fonction des montants qui seront confirmés par le Ministère. La contrepartie au montant de 182 831 213 $ a été

inscrite au solde de fonds du fonds affecté concerné. À compter de l'exercice 2008-2009, le financement temporaire à réaliser n'est plus inscrit par l'Agence. De plus, les confirmations d'enveloppes budgétaires par l'Agence à l'établissement ne doivent plus être comptabilisées comme débiteurs et créditeurs par le Ministère.

Ces changements ont été appliqués rétroactivement, au 1er avril 2008, sans retraitement des chiffres de l'exercice précédent et ont entraîné une augmentation (diminution) des postes du rapport financier annuel comme suit :

Fonds d'exploitation	
✓ Augmentation des autres créditeurs	1 471 006 $
✓ Augmentation de la subvention à recevoir — Réforme comptable	1 471 006 $
Fonds d'immobilisations	
✓ Augmentations de l'amortissement cumulé	85 531 495 $
✓ Augmentation de la subvention à recevoir — Réforme comptable	63 310 032 $
Fonds affectés — Des immobilisations et des équipements	
✓ Augmentation de la subvention à recevoir — Réforme comptable	15 012 908 $
✓ Augmentation (diminution) du solde de fonds	(167 818 305 $)
✓ Élimination débiteurs dette à long terme	182 832 213 $
✓ Intérêts courus — Dette à long terme	2 114 669 $
✓ Intérêts courus à recevoir — Dette à long terme	2 114 669 $

Présentation du rapport financier annuel

Provision pour créances douteuses

Les revenus doivent être présentés au brut et la provision pour créances douteuses doit être incluse dans les dépenses de l'Agence. La nouvelle exigence couvre seulement les informations à fournir et n'a pas d'incidence sur les résultats financiers de l'Agence.

Autres fonds

Un état des revenus et dépenses a été ajouté pour chacun des fonds.

La nouvelle exigence couvre seulement les informations à fournir et n'a pas d'incidence sur les résultats financiers de l'Agence.

NOTE 3 — Principales différences avec les principes comptables généralement reconnus

Ce rapport annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables reconnues dans les agences relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les règles comptables utilisées aux fins de l'Agence de ce rapport financier annuel qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada sont les suivantes :

i) La fraction de la dette à long terme échéant à moins d'un an n'est pas présentée à court terme.

ii) Le rapport financier annuel ne comprend pas d'état des flux de trésorerie.

iii) L'information requise relative aux instruments financiers n'est pas présentée dans les notes complémentaires.

iv) L'état des résultats des différents fonds n'est pas présenté de façon comparative.

v) Les modifications comptables sont appliquées rétroactivement sans retraitement des chiffres comparatifs.

vi) L'information relative au coût des stocks passés en charge et d'autres informations relatives aux stocks exigés en vertu du chapitre 3031 – Stocks du Manuel de l'ICCA ne sont pas présentés dans les états financiers.

vii) L'information relative à la gestion du capital exigée en vertu du chapitre 1535 – Information à fournir concernant le capital du Manuel de l'ICCA n'est pas présentée dans les états financiers.

NOTE 4 — Conventions comptables

Estimations comptables

Pour dresser des états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, la direction de l'Agence doit faire des estimations et poser des hypothèses qui ont une incidence sur les montants présentés dans les états financiers et les notes y afférentes. Ces estimations sont fondées sur la connaissance que la direction possède des événements en cours et sur les mesures que l'organisme pourrait prendre à l'avenir. Les résultats réels pourraient être différents de ces estimations.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est appliquée pour les dépenses et les revenus des agences et s'appuie sur les PCGR du secteur public publiés par l'ICCA.

Comptablilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- ✓ Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- ✓ Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations incluent tout don ou legs transférés du fonds à destination spéciale ou du fonds de dotation qui est présenté à titre de revenus reportés et amortis sur la durée de vie des actifs qui s'y relient. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation.

De plus, d'autres fonds peuvent à l'occasion se retrouver dans certaines agences. Ceux-ci peuvent comprendre :

- ✓ Le fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs;
- ✓ Le fonds affecté : fonds constitué de subventions provenant exclusivement de l'Agence ou du Ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées;
- ✓ Le fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail (CSST). Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds d'une agence, sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- ✓ Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'une agence est appelée à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le Ministère;
- ✓ Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Centre d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Constatation des revenus

L'Agence applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Selon cette méthode, les apports affectés à des charges d'exercices futurs sont reportés et constatés à titre de produits au cours de l'exercice où sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou lorsqu'ils sont à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que son encaissement est raisonnablement assuré.

Les apports reçus sous forme d'immobilisations sont constatés à titre de produits reportés lorsque l'organisme reçoit les immobilisations et virés aux produits au même rythme que l'amortissement des immobilisations correspondantes. Ces apports sont comptabilisés à la juste valeur des immobilisations ou à la valeur symbolique de 1 $ si la juste valeur ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

Les apports reçus sous forme de don, legs, subvention ou autres formes de contributions sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu. Ils sont comptabilisés aux produits des activités principales dès leur réception et sont désormais présentés à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

Autres revenus

Les autres revenus sont constatés à titre de produits lorsque les services ont été rendus, que le montant est déterminé ou déterminable et que le recouvrement est raisonnablement assuré.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Stocks

Les stocks sont évalués au coût ou au coût de remplacement, selon le moins élevé des deux. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

✓ Bâtiments	20 ans
✓ Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
✓ Mobilier	15 ans
✓ Matériels et équipements	3 à 5 ans
✓ Équipements spécialisés	25 ans
✓ Matériel roulant	5 ans
✓ Développement informatique	5 ans
✓ Réseau de télécommunication	10 ans
✓ Location — Acquisition	Selon la durée du bail ou de l'entente

Frais reportés

✓ Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérés par le Ministère.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activité complémentaire et en activité de type commercial.

Activités complémentaires

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Activités de type commercial

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux étant donné que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 5 — Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2009	2008
Fonds d'exploitation :		
✓ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité	217 567 $	434 051 $
✓ Produit de disposition d'immobilisations		--------
Fonds des activités régionalisées :		
✓ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité	130 027 $	1 298 851 $
✓ Produit de disposition d'immobilisations		--------
Fonds affectés :		
✓ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité	42 591 270 $	32 023 847 $
✓ Produit de disposition d'immobilisations		--------

NOTE 6 — Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée en immobilisations de 30 000 000 $ et en équipements de 50 000 000 $, sur la base d'un taux équivalent à celui des acceptations bancaires, d'un terme de 30 jours d'échéance majoré de 0,30 %. Ces crédits sont disponibles par voie de prêts à terme à taux fixe pour un montant minimum de 100 000 $ et un terme de 30 jours. Pour les termes différents de 30 jours ou des montants inférieurs à 100 000 $, une marge de crédit d'appoint est disponible. Le taux applicable sur ces avances est le taux de base de la Banque minoré de 1,00 %.

Le montant inutilisé au 31 mars 2009 est de 24 858 320 $, dont 11 147 633 $ sur la marge de 30 000 000 $ et 13 710 687 $ sur la marge au montant de 50 000 000 $.

En date du 5 mars 2009, l'Agence s'est prévalue de la clause de renouvellement du contrat de services bancaires pour une période d'un an, venant à échéance le 31 mars 2010.

NOTE 7 — Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisations et des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2009	2008
✓ Marge de crédit d'un montant autorisé de 198 000 000 $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires, d'un terme de 30 jours d'échéance majoré de 0,30 % et venant à échéance le 31 mars 2023	964 238 $	266 510 $
	171 352 211 $	182 564 703 $
✓ Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 3,97 % et 6,31 % est payable semestriellement	172 316 449 $	182 831 213 $
✓ Tranche échéant à moins d'un an	(51 298 509 $)	(14 014 904 $)
	121 017 940 $	168 816 309 $

	Années	Montants
	2010	51 298 509 $
✓ Les remboursements en capital de la dette long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :	2011	19 558 989 $
	2012	24 854 836 $
	2013	27 016 071 $
	2014	28 592 575 $

NOTE 8 — Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 1er janvier 2009, le taux de cotisation pour le RREGOP est de 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 10,54 %. Le taux de cotisation du RRF est demeuré à 7,25 %.

NOTE 9 — Engagements

L'Agence s'est engagée, avec la Corporation d'hébergement du Québec, en vertu d'un bail à long terme, échéant le 24 avril 2018 sur un immeuble.

À l'échéance, l'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour deux (2) périodes additionnelles de cinq (5) ans.

L'Agence a également conclu, avec la Corporation d'hébergement du Québec, une location d'immeuble. Le bail débute le 12 novembre 2007 et se termine le 11 novembre 2022. L'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour une durée de cinq (5) ans.

De plus, en vertu d'un bail signé en mars 2008, l'Agence s'est engagée à utiliser des locaux situés à l'aile « C » du Pavillon Arthur-Vallée de l'IUSMQ. Ce bail couvre la période du 1er septembre 2005 au 31 mars 2011. Au moins 12 mois avant la date d'échéance, à défaut de l'une ou l'autre des parties de signifier par lettre recommandée un avis de non-renouvellement en tout ou en partie, le bail se renouvelle d'année en année.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2009 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 911 180 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2010	1 473 494 $
2011	1 473 494 $
2012	1 120 982 $
2013	1 120 982 $
2014	1 120 982 $
2015 et subséquentes	6 725 501 $
	13 035 435 $

L'Agence s'est engagée, d'après des contrats de location à long terme échéant jusqu'en 2011, à verser une somme de 85 985 $ pour des photocopieurs. Les paiements minimums exigibles pour les prochains exercices s'élèvent à 49 134 $ en 2010 et à 36 851 $ en 2011.

L'Agence a de plus signé un contrat pour des services d'entretien ménager, du 1er avril 2009 au 31 mars 2012, pour un total de 359 293 $. Les paiements minimums exigibles pour les prochains exercices s'élèvent à 119 764 $ en 2010, 2011 et 2012.

NOTE 10 — Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

5. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, DES PARTENAIRES, DES GESTIONNAIRES ET DES EMPLOYÉS

5.1 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, DES PARTENAIRES, DES GESTIONNAIRES ET DES EMPLOYÉS

Destiné aux administrateurs, aux partenaires, aux gestionnaires et aux employés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le présent Code d'éthique et de déontologie est une version actualisée du document *Code d'éthique* adopté et publié en septembre 1994.

Dans le cadre de sa mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés de coordination des services et de leur accès, l'Agence doit pouvoir compter sur la conscience individuelle et professionnelle de ces personnes en vue d'assurer notamment le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

En conséquence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés sont des acteurs de premier plan des services de notre organisme.

Responsables devant la loi, en considération des ressources publiques qui sont confiées à l'Agence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés de cette dernière se doivent, en ce sens, d'adopter une conduite qui témoigne de leur dévouement au service public et qui soit empreinte d'une éthique élevée.

Le présent document n'a pas la prétention de réglementer les actions quotidiennes de tous et chacun, mais plutôt de faire appel au sens des responsabilités et au jugement des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés. Il revient à chacun, dans sa conduite professionnelle, d'avoir comme préoccupation constante le respect de nos obligations déontologiques et d'adhérer aux principes éthiques définis dans ce code.

Les obligations et les principes définis dans le présent code s'ajoutent à ceux établis par la loi, par un règlement ou par un autre code applicable. En cas de divergence, les obligations et les principes les plus exigeants s'appliquent.

I PRINCIPES ÉTHIQUES

1 **Principes éthiques :** les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés adhèrent aux principes suivants :

1.1 Impartialité : ils ne doivent manifester aucune préférence ni parti pris indu incompatible avec la justice et l'équité et ne faire montre d'aucun préjugé lié au sexe, à la race, à la couleur, à la religion, à un handicap ou aux convictions politiques d'une personne ou d'un groupe de personnes.

1.2 Loyauté : ils adhèrent de bonne foi aux principes démocratiques de notre société et, en conséquence, respectent les lois qui les régissent. Ils doivent également défendre les intérêts de l'Agence, avec probité, droiture et honnêteté.

1.3 Respect : ils doivent agir avec courtoisie, considération et égards envers les autres, tant dans leurs paroles que dans leurs attitudes, et ils doivent également faire preuve de respect envers l'Agence durant leur mandat et après la fin de ce dernier.

II OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

2 **Administrateurs :** les membres du conseil d'administration de l'Agence, incluant le président-directeur général, contribuent à la réalisation de la mission de l'État, à la bonne administration de ses biens, et sont les gardiens des décisions démocratiques.

2.1 Information : l'administrateur a le devoir d'agir avec rigueur et, à cette fin, de s'informer des dossiers soumis à son attention et de communiquer à ses collègues l'information pertinente.

2.2 Discrétion : l'administrateur doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la Politique administrative relative à la sécurité des actifs informationnels et de télécommunication et à la protection des données et des renseignements confidentiels de l'Agence. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particuliers de le consulter ni de lui communiquer des renseignements, sauf si l'information est confidentielle en vertu de la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

2.3 Prudence et diligence : l'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence et diligence dans ses fonctions comme le ferait une personne raisonnable, selon ses connaissances et ses responsabilités.

2.4 Honnêteté : l'administrateur doit faire preuve de probité et de droiture. Il doit éviter de se placer en situation d'abus de confiance, de corruption ou de tentative de corruption ou en toute autre situation à caractère frauduleux qui risquerait d'entacher son mandat et ses fonctions à l'Agence. Il doit notamment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration, les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

2.5 Absence de conflit d'intérêts : l'administrateur ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'administrateur ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence.

Par conséquent, l'administrateur :

- ✓ doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions;

- ✓ doit révéler à l'Agence tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans un organisme, une entreprise ou une association, susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'Agence, et préciser, le cas échéant, leur nature et leur valeur;

- ✓ doit, s'il n'est pas à temps plein et s'il a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence, révéler par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision mettant en cause l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote sur cette question;

- ✓ ne peut, s'il est à temps plein, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence; toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui est échu par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

2.6 Acceptation d'avantages et rémunération : l'administrateur ne peut accepter aucun cadeau, aucune marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable à l'État de l'avantage reçu.

2.7 Service public : l'administrateur a été nommé pour contribuer à la réalisation de la mission de l'État en santé et en services sociaux, en vue du mieux-être de la population et des citoyens; le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit, et il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.8 L'après-mandat : l'administrateur doit, après la fin de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou, selon le cas, de ses responsabilités, ou des deux à la fois.

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer, outre les éléments visés au précédent alinéa, une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non accessible au public concernant l'Agence pour laquelle il a travaillé, ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence pour laquelle il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non accessible au public.

3 **Partenaires** : les membres des conseils et des comités de l'Agence, de la Commission infirmière régionale, de la Commission multidisciplinaire régionale, du Département régional de médecine générale, de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, du Comité régional sur les services pharmaceutiques, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et du Forum de la population.

3.1 Service public : le partenaire s'engage, sur le plan intellectuel aussi bien que moral, à traiter avec la rigueur voulue les dossiers qui sont soumis à son expertise ou, selon le cas, dont il est chargé en vue du mieux-être de la population.

3.2 Discrétion : le partenaire doit respecter le caractère confidentiel des informations obtenues dans l'exercice de ses responsabilités, notamment en vertu de l'application de la Politique administrative visée à l'article 2.2, de même que de celles qui seraient susceptibles de nuire à l'intérêt public ou de porter atteinte à la vie privée des citoyens. De plus, le partenaire doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui pourraient nuire à l'Agence.

3.3 Honnêteté : le partenaire ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, une information qu'il détient.

3.4 Conflits de rôles : le partenaire doit prévenir tout conflit de rôles et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.

4 **Gestionnaires :** les cadres supérieurs, les directeurs et les cadres intermédiaires de l'Agence assistent les administrateurs dans la réalisation de leurs mandats et voient à l'administration quotidienne des activités de l'Agence.

4.1 Les gestionnaires sont soumis, avec les adaptations nécessaires, aux mêmes obligations que celles applicables aux administrateurs et définies aux articles 2.1 à 2.8 du présent code, sous réserve de celle en matière de conflit d'intérêts énoncée dans la présente section.

Outre les obligations définies au précédent alinéa, le gestionnaire à temps plein doit exercer ses fonctions de manière exclusive, sauf si l'autorité qui l'a nommé l'affecte aussi à d'autres fonctions. Il peut toutefois, avec le consentement du président-directeur général, exercer des activités didactiques pour lesquelles il peut être rémunéré et des activités non rémunérées dans les organismes sans but lucratif. Autrement, le gestionnaire n'a droit, pour l'exercice de ses fonctions, qu'à la seule rémunération liée à celles-ci.

4.2 Absence de conflit d'intérêts : le gestionnaire ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions et il doit éviter de se placer dans une situation de conflit telle que décrite à l'article 2.5 entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions.

5 **Employés :** les employés de l'Agence sont exclusivement au service de cette dernière lorsqu'ils rendent des services à la population. Ils sont tenus, de par leurs fonctions, d'agir avec compétence et assiduité eu égard au service public qu'ils doivent rendre avec courtoisie, diligence et discrétion.

5.1 Information : l'employé doit donner à ses supérieurs toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée et doit assurer le traitement de l'information avec toute la rigueur requise. De plus, il est tenu de donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il a le droit d'obtenir en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1).

5.2 Compétence : l'employé doit accomplir les tâches liées à son emploi de façon compétente, c'est-à-dire rendre les services demandés d'une manière appropriée, suffisante et satisfaisante pour la clientèle et utiliser les moyens à sa disposition pour développer son expertise.

5.3 Assiduité : l'employé doit être présent au travail, accomplir sa tâche, respecter l'horaire de travail et ne pas s'absenter sans justification ni autorisation préalable.

5.4 Service public : l'employé doit adopter un comportement poli et courtois dans ses relations avec le public et éviter toute forme de discrimination interdite par la loi. En outre, il doit traiter avec empressement les dossiers qui lui sont confiés et qui touchent directement le public.

5.5 Discrétion : l'employé doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la politique administrative visée à l'article 2.2. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

5.6 Absence de conflit d'intérêts : l'employé ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'employé ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu

aux intérêts de l'Agence. Un employé ne peut donc pas « avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions ».

Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, l'employé doit en informer ses supérieurs afin que soient déterminées les mesures qui devront être prises à cet égard.

5.7 Exclusivité du service : l'employé doit adopter une grande réserve dans l'exercice de toute fonction extérieure à l'Agence dans le champ de compétence de l'emploi occupé.

L'employé doit s'assurer que cette activité extérieure n'aura pas d'effet sur son rendement, sur son assiduité, sur ses obligations à titre d'employé de l'Agence, et ne donnera pas lieu à un conflit avec ses fonctions à l'Agence.

5.8 Honnêteté : l'employé ne doit accepter aucune somme d'argent ou toute autre forme de considération pour l'exercice de ses fonctions, autre que la rémunération et les avantages liés à son emploi.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

III MODALITÉS D'APPLICATION DU CODE

6 Les personnes chargées de l'application du code

6.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code par le président-directeur général et les autres administrateurs de l'Agence.

6.2 Le président-directeur général a la responsabilité de s'assurer du respect du présent code par les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

IV PROCÉDURE DISCIPLINAIRE ET SANCTION

7 Administrateurs et gestionnaires

7.1 La procédure disciplinaire et les sanctions applicables aux administrateurs sont celles définies dans le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

7.2 Le président-directeur général est l'autorité compétente pour agir à l'égard d'un gestionnaire.

7.3 Le gestionnaire à qui l'on reproche un manquement à la déontologie ou à l'éthique peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, par le président-directeur général, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

7.4 L'autorité compétente fait part au gestionnaire en cause du manquement reproché ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

7.5 Sur conclusion que le gestionnaire a contrevenu au présent code, le président-directeur général lui impose une sanction.

Le président-directeur général impose toute sanction qu'il juge appropriée suivant les circonstances.

Toute sanction imposée à un gestionnaire, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

7.6 Les sanctions imposées par le président-directeur général en vertu de l'article 7.5 peuvent prendre la forme d'une réprimande, d'une suspension ou d'un congédiement.

8 Partenaires et employés

8.1 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent aux partenaires, avec les adaptations nécessaires. Toutefois, une sanction autre que la réprimande doit être approuvée préalablement par l'Agence.

8.2 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent à l'employé, avec les adaptations nécessaires et sous réserve, le cas échéant, des dispositions de la convention collective qui le régissent.

DÉCLARATION

relative au Code d'éthique et de déontologie
des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés

Je, _____

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires d'une personne morale, d'une société ou d'une entreprise commerciale identifiée ci-après :

_____

_____

Nommer la personne morale, société ou entreprise concernée.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié nommé ci-après :

_____

_____

Nommer la personne morale, la société, l'entreprise ou l'organisme concerné.

3. J'occupe les emplois suivants :

Titre d'emploi	Employeur

Préciser l'emploi et nommer l'employeur.

4. Je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ _____,

le _____ 2009.

_____

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, partenaires, gestionnaires et employés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

ANNEXES

ANNEXE 1

LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présidente : M[me] Diane Morin

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
1[0] Quatre personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Poste vacant		
Lacroix, Lucie	Infirmière clinicienne, Hôpital du Saint-Sacrement	12-12-2009
dont une personne oeuvrant pour un établissement visé à l'article 119[1] ou au 1[er] alinéa de l'article 126[2] de la LSSSS[8] :		
Chabot, Dominique	Infirmière – Famille-enfance-jeunesse, CSSS de Québec-Nord	12-12-2009
et une personne œuvrant pour un établissement visé à l'article 120[3] 121[4], 124[5] ou 125[6] ou au 2[e] alinéa[7] de l'article 126 de la LSSSS :		
Poste vacant		
2[0] Deux personnes désignées par et parmi les gestionnaires des soins infirmiers des établissements de la région et visés à l'article 206 de la LSSSS :		
Pelletier, Thérèse	Directrice des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	12-12-2009
Poste vacant		
3[0] Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Giguère, Nicole	Enseignante-coordonnatrice - Responsable du programme de soins infirmiers, Cégep Limoilou	12-12-2009
4[0] Une personne désignée par la doyenne ou la directrice du programme universitaire de sciences infirmières, le cas échéant :		
Morin, Diane	Doyenne, Faculté des sciences infirmières, Université Laval	12-12-2009
5[0] Deux personnes désignées par et parmi les membres des comités d'infirmières et infirmiers auxiliaires des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Bélanger, Ann	Infirmière auxiliaire, CSSS de Portneuf – Centre d'hébergement Saint-Casimir	12-12-2009
Paquet, Sylvie	Infirmière auxiliaire, Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA)	12-12-2009
6[0] Une personne désignée par les membres visés aux paragraphes 1[0] à 5[0], reconnue pour son expertise de pointe comme une infirmière ou un infirmier praticiens :		
Cyr, Nancy	Conseillère clinicienne en soins infirmiers – CHSLD, CSSS de la Vieille-Capitale	12-12-2009
7[0] Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou l'infirmière ou infirmier qu'il désigne à cette fin :		
Fontaine, Michel	Président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
8[0] Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs :		
Bourdages, Chantal	Infirmière, Assistante à la coordonnatrice clinique et administrative des urgences - CSSS de Portneuf	12-12-2009
Demers, Louise	Représentante de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec (ORIIQ), Université Laval	12-12-2009
Dionne, Louisette	Directrice adjointe, Institut universitaire en santé mentale de Québec	12-12-2009
Émond, Claire	Infirmière bachelière en périnatalité, CSSS de Charlevoix	12-12-2009

Notes :

1. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant une instance locale ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée.
2. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre hospitalier.
3. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.
4. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes ayant une déficience physique.
5. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes.
6. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – CR pour les jeunes en difficulté d'adaptation ou pour les mères en difficulté d'adaptation.
7. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire e
8. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2)

ANNEXE 2

LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présidente : Vacant

Vice-présidente : Mme Sylvie Morin

Secrétaire : Vacant

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
1° Trois professionnels du domaine social dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Nadeau, Sylvie	Gestionnaire services psychosociaux, Centre jeunesse de Québec	
Audet, Nicole	Agente de relations humaines, Centre jeunesse de Québec	
Dufour, Carole	Travailleuse sociale, CSSS de Charlevoix	
2° Trois professionnels du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, autres que la médecine et les soins infirmiers, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Lecours, Lynn	Gestionnaire – Conseillère clinicienne en ergothérapie, CSSS de la Vieille-Capitale	
Martin, Manon	Physiothérapeute, Centre hospitalier universitaire de Québec	
Morin, Sylvie	Physiothérapeute, Institut universitaire en santé mentale de Québec (clientèle adulte)	
3° Trois personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Germain, Solange	Technologiste médicale à l'Hôpital régional de Portneuf et CLSC Saint-Raymond	
Lafontaine, Annie	Technologiste médicale, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	
Bilodeau, Steeve	Éducateur spécialisé, CSSS de la Vieille-Capitale	
4° Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Provencher, Monique	Adjointe au directeur des études – Cégep de Sainte-Foy	
5° Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé :		
Noreau, Luc	Professeur titulaire à l'Université Laval et chercheur au CIRRIS	
6° Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux :		
Vacant		
7° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale		

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
Fontaine, Michel	Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	
8° Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs		
Caron, Kathleen	Psychoéducatrice, CSSS de Portneuf	
St-Laurent, Anne	Travailleuse sociale, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	

ANNEXE 3

LISTE DES MEMBRES DE LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Président : D[r] Jacques Villeneuve

Nom	Département ou poste et provenance
1° Trois membres élus par et parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée venant de trois domaines cliniques différents :	
Dre Labonté, Édith	Psychiatrie, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA et Institut universitaire en santé mentale de Québec
Dr Piedboeuf, Bruno	Pédiatrie, Centre hospitalier de l'Université Laval du CHUQ
Dr Villeneuve, Jacques	Anesthésiologie, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
2° Cinq à sept membres nommés par les membres élus parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée :	
Dr Brassard, Normand	Obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier de l'Université Laval du CHUQ
Dr Gariépy, Jean-Luc	Imagerie médicale, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
Dr Normand, Michel	Médecine, Centre hospitalier de l'Université Laval du CHUQ
Dr Philippon, François	Cardiologie, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
Dr Potvin, Martin	Chirurgie-anesthésiologie, Centre hospitalier de Charlevoix
Dr St-Pierre, Sylvain	ORLO et chirurgie buccale et maxillo-faciale, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
Dre Trottier, Sylvie	Biologie médicale, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
3° Un membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval :	
Dr Leblanc, Pierre	Vice-doyen aux affaires cliniques
4° Un résident en médecine à titre d'observateur nommé sur recommandation des membres élus :	
Dre Hallet, Julie	Résidente en chirurgie générale, Faculté de médecine de l'Université Laval
5° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, ou le médecin spécialiste qu'il désigne à cette fin :	
Fontaine, Michel	Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

ANNEXE 4

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Président : Jean Robert

Noms	Occupation et employeur	Centre ou établissement
Le directeur général de l'établissement désigné, L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's ou son représentant		
King, Joanne	Directrice générale adjointe L'Hôpital Jeffery – Saint Brigid's	L'Hôpital Jeffery-Hale – Saint-Brigid's
Deux personnes issues des centres de santé et de services sociaux de la région		
Boisvert, Lisane	Directrice des services généraux et de la santé publique CSSS	CSSS de Québec-Nord
Matte, Hugues	Directeur général adjoint CSSS	CSSS de la Vieille-Capitale
Une personne issue des établissements de la région offrant des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale		
Gignac, François	Adjoint à la direction des services professionnels, de la programmation et de la recherche Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement
Une personne issue d'un centre de soins généraux et spécialisés ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques		
Me Morency, Bernard	Directeur des affaires juridiques Centre hospitalier universitaire de Québec	Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôtel-Dieu de Québec
Une personne issue du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire		
Beaudry, Jacinthe	Directrice de la sous-région Québec-Sud Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
Une personne issue du Comité des usagers de l'établissement désigné ou un représentant nommé par les membres du même comité		
Grogan, Gertrude	Représentante du Comité des résidents Saint Brigid's Home – Jeffery Hale	Saint Brigid's Home – Jeffery Hale
Quatre personnes issues des organismes communautaires, des associations, des groupes socio-économiques de la communauté d'expression anglaise ou du milieu scolaire anglophone de la région		

Noms	Occupation et employeur	Centre ou établissement
Robert, Jean	Directeur Campus director Cegep Champlain – St. Lawrence Champlain Regional College	Cégep Champlain – St. Lawrence Champlain Regional College
Walling, Richard	Directeur général Les partenaires communautaires Jeffery Hale	Les partenaires communautaires Jeffery Hale
Sheehan, Joan	Directrice générale Municipalité Saint-Gabriel-de-Valcartier	Garnison Valcartier
Golin Gignac, Jean-Sébastien	Directeur général adjoint Voice of English-speaking Québec	Voice of English-speaking Québec
Le président-directeur général de l'Agence ou la personne qu'il désigne		
Lecours, Carole	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

ANNEXE 5

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE LA CAPITALE-NATIONALE

Président : poste vacant

Vice-président : Georges-Émile Bourgault

Titulaire	Provenance
1° Deux représentants du collège « pharmaciens propriétaires » :	
Fortin, Hélène	Laurier Lavoie, Marcel Tremblay, Hélène Fortin, pharmaciens
Gingras, Marie-Hélène	Gingras, Hébert et Ferlatte, pharmaciens
2° Deux représentants du collège « pharmaciens salariés en milieu communautaire » :	
Bourgault, Georges-Émile	Yves Boissinot et Andrée Thiffault, pharmaciens, s.e.n.c.
Villeneuve, Denis	Dubé, Perreault et Villeneuve, pharmaciens
3° Deux représentants du collège « chefs de département – établissement » :	
Ainsley, Dominique	CSSS de la Vieille-Capitale, membre coopté le 10 mars 2009
Lepage, Éric	Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's
Roux, Josée	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, membre coopté du 10 juin 2008 au 9 janvier 2009
4° Deux représentants du collège « pharmaciens salariés en établissement » :	
Bouchard, Sylvie	Centre hospitalier universitaire de Québec (L'Hôtel-Dieu de Québec), membre coopté le 10 mars 2009
Bourassa, Élisabeth	Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (Hôpital du Saint-Sacrement)
5° Un représentant désigné par le conseil de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval :	
Lower, Jenny	Pharmacienne, adjointe au doyen, Faculté de pharmacie, Université Laval
6° Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale :	
Fontaine, Michel représenté par :	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, membre d'office
Dre Fortin, Anne	Directrice régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières, Agence

ANNEXE 6

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Chef de département : M. Jacques Bouchard, m. d.

Nom	Milieu de pratique médicale	Partie de territoire (secteur)	Représentativité	Fin de mandat
1° Trois médecins élus par et parmi les médecins membres du DRMG :				
Bouchard, Jacques	CSSS de Charlevoix	Charlevoix	Centre hospitalier	2013-05-19
Boucher, Guy	CSSS de la Vieille-Capitale	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	UMF-CLSC	2013-05-19
Lamontagne, Daniel	CSSS de Québec-Nord	La Source	CLSC-CHSLD	2013-05-19
2° Neuf médecins membres du DRMG nommés par les membres élus au paragraphe 1° :				
Carrier, Pierre	CSSS de Charlevoix	Charlevoix	CLSC-CHSLD	2012-11-12
Cholette, Pascale	CSSS de la Vieille-Capitale	Québec-Centre	CLSC	2009-03-14
Chouinard, Guy	Clinique médicale du Jardin	La Source	Cabinet privé de professionnels	2013-05-21
Dubé, Serge	Clinique médicale Pierre-Bertrand	Québec-Centre	Cabinet privé de professionnels	2009-04-13
Brunet, François	CSSS de Portneuf	Portneuf	CLSC	2009-03-14
Lachance, Pierre	Centre médical Saint-Louis	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Cabinet privé de professionnels	2011-05-21
Fallu, Bernard	CSSS de Québec-Nord	De la Jacques-Cartier	Cabinet privé de professionnels	2013-05-21
Robitaille, Michel	Clinique médicale Giffard	Orléans	CHSLD	2009-04-13
Renaud Pascal	Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec	Québec-Centre	Centre hospitalier *affilié* universitaire	2013-01-01
3° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou le médecin qu'il désigne à cette fin :				
Fontaine, Michel	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale			
4° Un membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval				
Béland, Guy	Unité de médecine familiale	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Faculté de médecine – Université Laval	2013-01-14
5° Un résident en médecine familiale de la Faculté de médecine de l'Université Laval				
À venir				

ANNEXE 7
LISTE DES CLINIQUES-RÉSEAU

- ✓ Clinique-réseau Orléans
- ✓ Clinique-réseau Vanier-des-Rivières
- ✓ Clinique-réseau Sainte-Foy-Laurentien
- ✓ Clinique-réseau Basse-Ville-Limoilou
- ✓ Clinique-réseau Le Mesnil

TOTAL : 5 Cliniques-réseau

ANNEXE 8
LISTE DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

- ✓ GMF Berger
- ✓ GMF Centre médical Beauport
- ✓ GMF du Carrefour
- ✓ GMF Charlesbourg
- ✓ GMF de Charlevoix-Est
- ✓ GMF de Charlevoix-Ouest
- ✓ GMF Duchatel
- ✓ GMF UMF Haute-Ville
- ✓ GMF L'Ancienne-Lorette – Les Saules
- ✓ GMF l'Hêtrière
- ✓ GMF Loretteville
- ✓ GMF UMF Maizerets
- ✓ GMF Le Mesnil
- ✓ GMF Neufchâtel
- ✓ GMF Le Nordet
- ✓ GMF Orléans
- ✓ GMF Clinique médicale Pierre-Bertrand
- ✓ GMF Portneuf Nord-Ouest
- ✓ GMF Portneuf Sud-Est
- ✓ GMF Quatre-Bourgeois
- ✓ GMF Clinique médicale Sainte-Foy
- ✓ GMF Saint-Louis
- ✓ GMF Saint-Vallier
- ✓ GMF Sillery
- ✓ GMF CLSC La Source
- ✓ GMF Val-Bélair – Valcartier

TOTAL : 26 GMF

ANNEXE 9

SERVICES INFO-SANTÉ CLSC – NOMBRE D'APPELS TRAITÉS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Appels	2007-2008	2008-2009	Variation en %	
Appels traités (fiches d'appel)	142 911	183 263	28 %	↗
Appels répondus	152 356	192 256	7 %	↗
Appels reçus (téléphonie)	214 290	242 449	13 %	↗

En 2008-2009, nous constatons une amélioration générale de la performance au plan de la gestion des appels. L'ajout de cinq ressources a contribué à diminuer le délai d'attente moyen d'une minute passant de 5,03 à 4,01 minutes. L'équipe a répondu à 7 % plus d'appels en moins de 4 minutes. Globalement 28 % d'appels de plus ont été traités par les infirmières.

Depuis le 20 mai 2008, Info-Santé est accessible partout en composant le 8-1-1. En composant ce numéro, on rejoint l'un des 15 services régionaux Info-Santé au Québec. S'il y a surcharge à un endroit, l'appel est transféré dans une autre région, sans perte de la priorité d'appel. Ceci vise à réduire les délais d'attente pour obtenir un service. La région a observé une hausse de 13 % des appels en 2008-2009.

ANNEXE 10
PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ

Spécialités	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSSC		CSSSVC		CSSSQN		IRDPQ		Jeffery Hale – Saint Brigid's		INSPQ		Total régional	
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR
Allergie-immunologie	5	6	1	2																	6	8
Allergie-immunologie pédiatrique	1	2																			1	2
Anatomo-pathologie	17	17	12	12	4	4															33	33
Anesthésiologie	49	45	33	33	15	15			1	2											98	95
Biochimie médicale	9	9	5	5	1	1															15	15
Cardiologie	19	19	14	16	32	31					1	0			1	0					67	66
Cardiologie pédiatrique	4	5																			4	5
Chirurgie générale	15	15	15	14	6	6			2	4											38	39
Chirurgie pédiatrique	2	2																			2	2
Chirurgie vasculaire	7	8																			7	8
Chirurgie thoracique					4	4															4	4
Chirurgie orthopédique	18	19	13	12					1	1											32	32
Chirurgie plastique	7	7	8	7																	15	14

Spécialités	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSSC		CSSSVC		CSSSQN		IRDPQ		Jeffery Hale – Saint Brigid's		INSPQ		Total régional	
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR
CCVT					9	11															9	11
Dermatologie	9	10	6	6	1	0															16	16
Endocrinologie	10	10	3	4																	13	14
Endocrinologie pédiatrique	3	4																			3	4
Gastro-entérologie	12	12	8	8	1	1															21	21
Gastro-entérologie pédiatrique	4	4																			4	4
Génétique médicale	4	6																			4	6
Gériatrie	7	7	6	6	1	0															14	13
Hémato-oncologie	12	13	12	11	2	1															26	25
Hémato-oncologie pédiatrique	2	4																			2	4
Médecine d'urgence	8	8	16	16																	24	24
Médecine interne	19	19	12	13	6	6							1	1							38	39
Médecine nucléaire	6	6	3	3	3	3															12	12
Microbiologie médicale	16	16	7	7	2	2													2	0	27	25
Néphrologie	15	14			3	3															18	17
Néphrologie pédiatrique	2	2																			2	2

Spécialités	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSSC		CSSSVC		CSSSQN		IRDPQ		Jeffery Hale – Saint Brigid's		INSPQ		Total régional	
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR
Neurologie	5	5	16	16			2	2													23	23
Neurologie pédiatrique	4	5																			4	5
Neurochirurgie			11	13																	11	13
Obstétrique-Gynécologie	48	47																			48	47
Ophtalmologie			30	31					1	1											31	32
Oto-Rhino-Laryngologie	14	14	9	9							1	0									24	23
Pédiatrie générale	23	23	1	3																	24	26
Pédiatrie maladies infectieuses	3	2																			3	2
Pédiatrie néonatologie	9	10																			9	10
Pédiatrie soins intensifs	5	5																			5	5
Physiatrie	1	1	5	6											3	4	1	1			10	12
Pneumologie	4	4	4	5	20	21															28	30
Pneumologie pédiatrique	3	3																			3	3
Psychiatrie adulte							95	96													95	96
Psychiatrie (pédo)	18	19							0	1											18	20
Radiologie diagnostique	33	31	21	19	10	9			0	1	0	1	1	1			1	0			66	62

Spécialités	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSSC		CSSSVC		CSSSQN		IRDPQ		Jeffery Hale – Saint Brigid's		INSPQ		Total régional	
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR
Radio-oncologie	17	18																			17	18
Rhumatologie	8	10																			8	10
Rhumatologie pédiatrique	1	2																			1	2
Santé communautaire	18	18																	27	29	45	47
Urologie	15	14	2	3					1	1											18	18
Total	511	520	273	280	120	118	97	98	6	11	2	1	2	2	4	4	2	1	29	29	1046	1064

EP : Effectifs en place.
PR : PREM.

ANNEXE 11
PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

Établissement	PREM 2008	PEM ajusté après la diminution de 10 % à la suite de la lettre du ministre datée du 7 octobre 2008	Nombre de postes en moins prévus pour 2008 et 2009	Effectifs en place au 31 mars 2009
CHUQ	131	118	13	139
CHA	55	49	6	54
CSSS de Québec-Nord	86	77	9	84
CSSS de la Vieille-Capitale	80	72	8	79
CSSS de Portneuf	39	35	4	33
CSSS de Charlevoix	41	37	4	39
IUSMQ	19	17	2	17
IUCPQ	31	28	3	30
IRDPQ	12	11	1	11
Hôpital Jeffery Hale et Saint-Brigid's Home	18	16	2	12
CRUV	5	4	1	4
	Diminution totale de postes :		53*	

Note : La diminution du PREM de 10% (depuis 2008) signifie que le remplacement de chaque départ de médecin doit recevoir une recommandation favorable du Département régional de médecine générale.

* Création d'une banque de 53 postes réseau qui sera gérée par l'Agence et son Département régional de médecine générale.

ANNEXE 12
LISTE DES SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Municipalité	Date de la mise en service
Shannon	1998
Pont-Rouge	2000
Saint-Gabriel-de-Valcartier	2000
Sainte-Brigitte-de-Laval	2004
Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	2005
L'Ancienne-Lorette	2007

ANNEXE 13

TRANSPORTS AMBULANCIERS EFFECTUÉS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Numéro de la zone	Nom de la zone	Entreprise ambulancière	Nombre de transports		
			2006-2007	2007-2008	2008-2009
301 302 303 343	Charlevoix	CTAQ	2 721	2 836	2 813
Total partiel			2 721	2 836	2 813
304	Sainte-Anne-de-Beaupré	Ambulance Côte-de-Beaupré	1 761	1 794	1 776
305 306 307 308 309	Québec métropolitain	Ambulances Inter-Cité Ambulances Nord-Sud CTAQ	40 585	42 846	45 226
Total partiel			45 067	47 476	47 042
310	Saint-Raymond	Ambulances Portneuf	1 215	1 339	1 553
311	Saint-Marc-des-Carrières	Ambulances Guy Denis & Fils Ambulances Paré	1 212	1 212	1 257
312	Donnacona	Ambulance Benoît	1 380	1 468	1 386
342	Parc des Laurentides	CTAQ	85	73	83
346	Sainte-Catherine J.-C.	Ambulance Sainte-Catherine J.-C.	337	349	310
Total partiel			4 441	4 229	4 589
TOTAL			49296	51 917	54 444

ANNEXE 14

PRIX D'EXCELLENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - ÉDITION 2008-2009

La remise des Prix d'excellence n'aura lieu que le 8 octobre 2009. Par conséquent, les lauréats ne pourront pas être connus avant cette date.

En 2007-2008, un établissement de la région de la Capitale-Nationale s'est mérité un Prix d'excellence et deux ont reçu des mentions d'honneur :

Prix d'excellence :

- ✓ ***Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve,*** dans la catégorie *Intégration des services*, pour la mise en place, à l'urgence, d'une équipe de liaison spécialisée dans le domaine des dépendances.

Mentions d'honneur :

- ✓ ***CSSS de la Vieille-Capitale***, dans la catégorie *Partenariat*, pour le plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007;
- ✓ ***Institut de réadaptation en déficience physique de Québec***, dans la catégorie *Accessibilité aux soins et aux services*, pour le processus de gestion de l'accessibilité « Une responsabilité partagée ».

ANNEXE 15
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Financement de base

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2008-2009	Subvention accordée 2007-2008
Aide et entraide			
03-00243	ADAPTAVIE INC.	71 590 $	71 590 $
03-06312	AIDANTS (TES) NATURELS (LES) DE CHARLESBOURG (LES)	9 128 $	9 128 $
03-06159	AIDONS-LAIT	26 138 $	26 138 $
03-02385	ALLAITEMENT QUÉBEC	48 657 $	48 657 $
03-05855	ASSOCIATION BÉNÉVOLE COTE DE BEAUPRE	70 865 $	70 865 $
03-00637	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE CHARLEVOIX	92 965 $	92 965 $
03-05854	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE L'ÎLE D'ORLÉANS (L')	25 092 $	25 092 $
03-06167	ASSOCIATION DE FIBROMYALGIE RÉGION DE QUÉBEC	26 138 $	26 138 $
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRÛLÉS F.L.A.M. (L')	124 882 $	124 882 $
03-06277	ASSOCIATION DES HANDICAPÉS RESPIRATOIRES DE QUÉBEC (1984) INC.	26 138 $	26 138 $
	ASSOCIATION DES PERSONNES AIDANTES DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	0 $	15 000 $
03-02929	ASSOCIATION DES T.C.C. DES DEUX RIVES (QUÉBEC-CHAUDIERE-APPALACHES) (L')	41 662 $	39 300 $
03-05117	BENEVOLAT MICHEL SARRAZIN	78 558 $	69 765 $
03-05191	BENEVOLAT ST-SACREMENT INC.	78 707 $	70 984 $
03-06062	BOUSSOLE (LA), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE	324 820 $	320 020 $
03-06013	BUTINEUSE DE VANIER (LA)	55 983 $	51 172 $
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIÉ CHARLESBOURG	95 157 $	69 765 $
03-01080	CENTRE BONNE ENTENTE	77 681 $	67 915 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	84 496 $	76 047 $
03-00349	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE AIDE 23	132 963 $	129 052 $
03-02811	CENTRE D'AIDE ET D'ACTION BÉNÉVOLE DE CHARLESBOURG	76 625 $	59 026 $
03-00030	CENTRE DE PARRAINAGE CIVIQUE DE QUÉBEC INC. (LE)	114 651 $	105 420 $
03-06076	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE C.P.S.	701 958 $	705 084 $
03-06234	CENTRE D'ENTRAIDE EMOTIONS	99 806 $	92 469 $
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR	206 803 $	202 657 $
03-01896	CENTRESPOIR-CHARLESBOURG INC. (LE)	77 681 $	73 562 $
03-06006	CERCLE POLAIRE	128 349 $	126 452 $
03-00575	CHANTELAIT	29 506 $	26 138 $
03-01785	CLUB BON COEUR DES CARDIAQUES DE CHARLEVOIX INC.	58 114 $	53 718 $
03-06227	CLUB CARDIO-SANTE DE CHARLEVOIX INC. (LE)	56 074 $	51 281 $
03-00497	COLLECTIF D'ACCOMPAGNEMENT À L'ACCOUCHEMENT « LES ACCOMPAGNANTES » (LE)	98 447 $	91 131 $
03-05138	COMITE DE LA POPOTE DE CLERMONT	5 900 $	5 786 $
03-05562	COMITE DE VOLONTARIAT DE QUARTIER-LIMOILOU SUD INC.	32 391 $	31 365 $
03-05121	COMITE NEUVILLE SE SOUVIENT	13 500 $	13 500 $
03-06092	COMITE PREVENTION SUICIDE CHARLEVOIX	164 565 $	160 220 $
03-05113	COMITE VAS'Y DE SAINT-RAYMOND	105 620 $	95 846 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2008-2009	Subvention accordée 2007-2008
Aide et entraide (suite)			
03-06094	COMMUNAUTE AGAPE DE QUÉBEC	61 805 $	58 127 $
03-06330	COMMUNAUTÉS SOLIDAIRES	18 000 $	0 $
03-06165	COURTEPOINTE (LA)	45 788 $	41 715 $
03-06105	CROISSANCE-TRAVAIL	832 811 $	820 504 $
03-06194	ENTR'ACTES : L'INTÉGRATION PAR LES ARTS	84 005 $	74 103 $
03-00746	ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE LE HALO (L')	126 875 $	112 880 $
03-05929	ENTRAIDE DES AINES DE SILLERY	55 002 $	48 775 $
03-01925	ENTRAIDE JEUNESSE QUÉBEC	106 725 $	94 274 $
03-06066	ENTRAIDE LES SAULES INC. (L')	36 508 $	32 642 $
03-01192	ENTRAIDE NATURO-LAIT	62 308 $	58 729 $
03-01458	ÉPILEPSIE SECTION DE QUÉBEC	27 217 $	26 425 $
03-05198	EQUIPE BÉNÉVOLE DE L'INSTITUT (L')	26 923 $	26 138 $
03-05193	FRATERNITE SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	132 507 $	128 887 $
03-06186	G.R.I.S. - QUÉBEC	48 071 $	46 868 $
03-01318	GRANDS FRÈRES ET GRANDES SOEURS DE QUÉBEC INC. (LES)	53 339 $	48 013 $
03-05110	GROUPE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE SAINTE-FOY	55 002 $	42 725 $
03-00091	GROUPE LES RELEVAILLES	126 875 $	123 224 $
03-06292	L'ANCRAGE DE L'ISLE-AUX-COUDRES	25 750 $	9 770 $
03-00300	L'AUTRE AVENUE, ORGANISME DE JUSTICE ALTERNATIVE	568 511 $	560 109 $
03-06064	LE MIEUX-ETRE DES IMMIGRANTS	30 645 $	26 138 $
03-06238	LE VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	97 133 $	109 228 $
03-06079	L'Équilibre / CENTRE D'ENTRAIDE DU TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE DE QUÉBEC	126 873 $	119 650 $
03-06112	LIBRE ESPACE ORLÉANS INC.	97 250 $	89 867 $
03-06040	MAINS DE L'ESPOIR DE CHARLEVOIX INC.	96 923 $	85 287 $
03-01469	MAMIE-LAIT	33 445 $	31 912 $
03-06007	MAREE REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (LA)	232 533 $	227 592 $
03-01803	MOISSON QUÉBEC INC.	57 890 $	53 451 $
03-00014	MOUVEMENT DES SERVICES A LA COMMUNAUTÉ DU CAP-ROUGE INC.	62 510 $	59 955 $
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ÉCOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	137 306 $	154 777 $
03-06084	ORGANISATION POUR LA SANTÉ MENTALE OEUVRANT À LA SENSIBILISATION ET À L'ENTRAIDE (O.S.M.O.S.E.)	97 507 $	90 175 $
03-06309	PARENTS-ESPOIR	18 000 $	0 $
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THÉRAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	58 297 $	53 937 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	329 159 $	324 295 $
03-05566	POPOTE DE CHARLESBOURG (LA)	50 259 $	35 837 $
03-05124	POPOTE ET MULTI-SERVICES	105 620 $	97 976 $
03-05624	POPOTE ROULANTE LAVAL INC.	21 124 $	17 273 $
03-02704	PRESENCE-FAMILLE SAINT-AUGUSTIN	35 211 $	31 592 $
03-02350	REGROUPEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH-SIDA DE QUÉBEC ET DE LA RÉGION (RPVVIH)	0 $	85 304 $
03-06331	RESSOURCES FAMILIALES LA VIELLE CASERNE DE MONTMORENCY	14 000 $	0 $
03-06160	RUCHE VANIER INC. (LA)	56 179 $	54 549 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2008-2009	Subvention accordée 2007-2008
Aide et entraide (suite)			
03-00212	S.O.S. GROSSESSE	61 871 $	57 515 $
03-06255	SAIRAH SERVICE D'AUTONOMISATION, D'INTÉGRATION ET DE RÉADAPTATION AUX ADULTES AYANT UN HANDICAP INC.	33 806 $	32 813 $
03-06200	SERVICE D'AIDE À L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	62 215 $	58 618 $
03-05115	SERVICE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE RAYON DE SOLEIL	83 620 $	71 287 $
03-06275	SERVICES POUR HOMMES IMPULSIFS ET COLÉRIQUES DE CHARLEVOIX	114 088 $	104 748 $
03-03101	SOCIETE ALZHEIMER DE QUÉBEC (LA)	45 958 $	9 770 $
03-06271	SOCIÉTÉ PARKINSON - RÉGION DE QUÉBEC	38 793 $	35 872 $
03-01872	TEL-AIDE QUÉBEC INC.	118 571 $	110 103 $
	SOUS-TOTAL	8 272 418 $	7 907 697 $
Sensibilisation, promotion et défense des droits			
03-06033	ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE (REGION DE QUÉBEC) INC.	126 959 $	125 083 $
03-06155	ASSOCIATION DES MALENTENDANTS QUÉBÉCOIS INC.	52 671 $	47 214 $
03-01059	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE CHARLEVOIX INC.	43 772 $	41 820 $
03-06043	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE PORTNEUF	42 021 $	39 729 $
03-01352	ASSOCIATION DES PERSONNES INTÉRESSÉES À L'APHASIE (A.P.I.A.)	50 675 $	50 674 $
03-02575	ASSOCIATION DU QUÉBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLÈMES AUDITIFS (A.Q.E.P.A.) QUÉBEC MÉTRO (03-12) INC.	58 460 $	54 131 $
03-06044	ASSOCIATION POUR L'INTÉGRATION SOCIALE (RÉGION DE QUÉBEC) (L')	36 504 $	26 138 $
03-06187	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LES ENFANTS ATTEINTS D'AUDI-MUTITE, (AQEA) CHAPITRE DE QUÉBEC INC.	72 827 $	65 889 $
03-02552	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LES TROUBLES D'APPRENTISSAGE, SECTION QUÉBEC (A.Q.E.T.A.)	95 202 $	87 421 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	122 502 $	114 799 $
03-06061	AUTO-PSY (RÉGION DE QUÉBEC)	71 088 $	70 038 $
03-02221	CARREFOUR FAMILIAL DES PERSONNES HANDICAPÉES	111 142 $	107 254 $
03-06229	COMITE D'AIDE AUX FEMMES SOURDES DE QUÉBEC	108 598 $	104 363 $
03-02788	ESPACE REGION DE QUÉBEC	172 226 $	169 681 $
03-02136	REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES VISUELLES (RÉGIONS 03-12)	112 853 $	105 324 $
03-06152	REGROUPEMENT POUR L'INTÉGRATION SOCIALE DE CHARLEVOIX	51 205 $	49 180 $
03-02035	SERVICE D'INFORMATION EN CONTRACEPTION ET SEXUALITÉ DE QUÉBEC	95 823 $	86 409 $
03-02409	VIOLENCE INFO	170 658 $	159 739 $
	SOUS-TOTAL	1 595 186 $	1 504 886 $
Hébergement communautaire			
03-06236	GÎTE DU NOMADE / Squat Basse-Ville	131 832 $	110 801 $
03-01344	GÎTE JEUNESSE INC.	432 019 $	379 513 $
03-06293	MAISON COMMUNAUTAIRE MISSINAK - RESSOURCE D'HÉBERGEMENT ET DE RESSOURCEMENT POUR FEMMES AUTOCHTONES ET LEURS FAMILLES	492 675 $	347 791 $
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUÉBEC (LA)	652 089 $	602 775 $
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	600 352 $	572 137 $
03-00154	MAISON HÉLÈNE LACROIX	631 661 $	584 139 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2008-2009	Subvention accordée 2007-2008
Hébergement communautaire (suite)			
03-00504	MAISON KINSMEN-MARIE-ROLLET	671 323 $	613 614 $
03-00715	MAISON LA MONTE (LA)	615 230 $	551 795 $
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	671 938 $	612 665 $
03-00022	MAISON RICHELIEU HÉBERGEMENT JEUNESSE SAINTE-FOY INC.	352 288 $	330 655 $
03-02513	MIREPI, MAISON D'HÉBERGEMENT INC.	655 666 $	570 233 $
	SOUS-TOTAL	5 907 073 $	5 276 118 $
Milieux de vie			
03-06141	AMICALE ALFA DE QUÉBEC	53 551 $	48 266 $
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	474 458 $	470 696 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	198 759 $	225 321 $
03-03010	ASSOCIATION ALTI	76 804 $	71 104 $
03-01489	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE CHARLESBOURG	75 205 $	67 720 $
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUÉBEC) INC. (L')	120 747 $	111 513 $
03-06201	CABANON MAISON DES JEUNES DE LAC-BEAUPORT (LE)	67 821 $	62 325 $
03-06065	CAFÉ-RENCONTRE DU CENTRE-VILLE (QUÉBEC) INC.	63 763 $	60 594 $
03-06196	CENTRE CASA (1997)	141 647 $	139 554 $
03-00138	CENTRE COMMUNAUTAIRE L'AMITIEUX INC. (LE)	197 942 $	195 017 $
03-06073	CENTRE DE CROISSANCE RENAISSANCE INC.	346 137 $	340 213 $
03-06075	CENTRE DE JOUR FEU VERT INC.	252 127 $	246 568 $
03-06096	CENTRE DE JOUR L'ENVOL INC.	97 250 $	89 867 $
03-03203	CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES LE RUCHER	215 098 $	211 919 $
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	170 811 $	162 779 $
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	170 811 $	162 775 $
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUÉBEC INC.	170 669 $	159 967 $
03-02041	CENTRE FEMMES D'AUJOURD'HUI	170 810 $	162 771 $
03-00144	CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUÉBEC	170 748 $	161 573 $
03-06254	CENTRE MULTI-SERVICES 16-30 ANS LA SOURCE	30 645 $	26 138 $
03-03057	CENTRE RÉSIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES-CARTIER (LE)	112 490 $	109 441 $
03-06256	CENTRE RESSOURCES POUR FEMMES DE BEAUPORT (CRFB)	170 136 $	146 901 $
03-06085	CENTRE SOCIAL DE LA CROIX BLANCHE (RÉGION DE QUÉBEC)	189 467 $	186 667 $
03-02055	CENTRE-FEMMES AUX PLURIELLES	171 580 $	169 044 $
03-00297	CORPORATION D'ANIMATION L'OUVRE-BOITE DU QUARTIER	212 324 $	202 210 $
03-06117	CORPORATION JEUNESSE L'ÉVASION L'ORMIERE	65 211 $	61 301 $
03-06137	DEMI-LUNE	114 359 $	105 071 $
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURG INC.	130 930 $	122 132 $
03-06228	EVASION ST-PIE X (L')	146 447 $	138 169 $
03-06109	EVEIL CHARLEVOISIEN (L')	340 317 $	352 944 $
03-00852	FORUM-JEUNESSE CHARLEVOIX-OUEST	148 308 $	135 771 $
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	262 553 $	311 566 $
03-01115	GROUPE ACTION-JEUNESSE DE CHARLEVOIX	179 596 $	164 093 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2008-2009	Subvention accordée 2007-2008
Milieux de vie (suite)			
03-02797	MAISON AU SEUIL DE L'HARMONIE	121 370 $	118 816 $
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	144 378 $	142 244 $
03-00502	MAISON DE JOB	185 178 $	182 441 $
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTE	232 778 $	222 714 $
03-06213	MAISON DE TRANSITION L'ECLAIRCIE	270 109 $	266 118 $
03-00982	MAISON D'ENTRAIDE L'ARC-EN-CIEL INC.	149 280 $	147 074 $
03-00318	MAISON DES JEUNES « LA MARGINALE » INC. (LA)	124 953 $	118 107 $
03-06127	MAISON DES JEUNES DE BOISCHATEL (LA)	87 129 $	77 563 $
03-01129	MAISON DES JEUNES DE CAP-ROUGE INC. (LA)	118 484 $	110 000 $
03-06128	MAISON DES JEUNES DE DUBERGER	65 291 $	61 397 $
03-00704	MAISON DES JEUNES DE L'ANCIENNE-LORETTE INC. (LA)	93 397 $	85 050 $
03-02381	MAISON DES JEUNES DE LES SAULES ET DE LEBOURGNEUF INC. (LA)	141 986 $	133 517 $
03-06189	MAISON DES JEUNES DE L'ÎLE D'ORLÉANS (LA)	98 261 $	91 361 $
03-06247	MAISON DES JEUNES DE NEUVILLE	40 145 $	35 638 $
03-06259	MAISON DES JEUNES DE NOTRE-DAME-DES-MONTS (LA)	37 645 $	33 138 $
03-06222	MAISON DES JEUNES DE PONT-ROUGE 125 INC. (LA)	65 748 $	61 942 $
03-02420	MAISON DES JEUNES DE SAINT-ANDRE DE NEUFCHÂTEL (LA)	65 288 $	61 394 $
03-03215	MAISON DES JEUNES DE SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES INC. (LA)	103 446 $	92 184 $
03-06306	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-BRIGITTE-DE-LAVAL	39 193 $	32 010 $
03-06126	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	65 291 $	61 397 $
03-06224	MAISON DES JEUNES DE SAINT-EMILE	40 145 $	35 638 $
03-00811	MAISON DES JEUNES DE SILLERY INC. (LA)	75 695 $	74 100 $
03-06191	MAISON DES JEUNES DE ST-FERRÉOL-LES-NEIGES	75 066 $	68 145 $
03-06208	MAISON DES JEUNES DE ST-RAYMOND INC. (LA)	36 500 $	35 533 $
03-02416	MAISON DES JEUNES DE WENDAKE INC. (LA)	60 767 $	59 134 $
03-02102	MAISON DES JEUNES DECENTRALISÉE DE BEAUPORT - SECTEUR EST	147 453 $	135 915 $
03-00768	MAISON DES JEUNES DECENTRALISÉE DE BEAUPORT - SECTEUR OUEST	133 339 $	125 144 $
03-00767	MAISON DES JEUNES DU LAC SAINT-CHARLES INC.	93 044 $	84 629 $
03-00128	MAISON DES JEUNES DU QUARTIER ST-JEAN-BAPTISTE (LA)	142 698 $	133 691 $
03-00299	MAISON DES JEUNES LA PARENTHÈSE (LA)	116 783 $	107 967 $
03-06223	MAISON DES JEUNES L'ATOME	45 476 $	40 447 $
03-00464	MAISON DES JEUNES L'ENVOL DE SAINTE-FOY INC.	115 748 $	108 722 $
03-01999	MAISON DES JEUNES L'ESCAPADE DE VAL-BÉLAIR	130 930 $	124 898 $
03-00301	MAISON DES JEUNES L'EXODE DE LIMOILOU (LA)	109 620 $	107 120 $
03-02262	MAISON DES JEUNES L'INTÉGRALE INC. (LA)	173 806 $	163 220 $
03-00229	MAISON L'ESPÉRANCE INC.	94 608 $	92 080 $
03-01804	MAISON MARIE FREDERIC	348 113 $	300 123 $
03-06070	MÈRES ET MONDE - CENTRE DE RESSOURCES POUR JEUNES MÈRES	30 645 $	26 138 $
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA (MIELS-QUÉBEC) À QUÉBEC	540 158 $	446 871 $
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	196 856 $	193 947 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2008-2009	Subvention accordée 2007-2008
Milieux de vie (suite)			
03-06139	ORGANISATION QUÉBÉCOISE DES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER (1984) INC.	79 610 $	73 831 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITÉS VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	781 334 $	769 787 $
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUÉBEC INC.	165 880 $	163 429 $
03-03068	REGROUPEMENT ACTION PRÉVENTION JEUNESSE DES LAURENTIDES (RAP JEUNESSE)	90 318 $	81 586 $
03-00210	RELAIS D'ESPERANCE	54 200 $	49 043 $
03-06158	RELAIS LA CHAUMINE INC.	251 574 $	247 856 $
03-06161	RESIDENCE LE PORTAIL	232 414 $	228 979 $
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	61 502 $	57 765 $
03-05187	SERVICE AMICAL BASSE-VILLE INC.	160 345 $	157 976 $
03-06169	SERVICE D'ENTRAIDE L'ESPOIR (QUÉBEC)	97 187 $	89 793 $
03-06093	SOLIDARITE FAMILLES DUBERGER-LES SAULES	30 645 $	26 138 $
03-06068	TRAME D'ACTIONS ET D'INITIATIVES CONCERTÉES (T.R.A.I.C.) JEUNESSE	130 930 $	124 685 $
03-06004	TRIP JEUNESSE BEAUPORT	73 295 $	66 350 $
03-01536	UNITE DOMREMY DE CLERMONT INC.	43 604 $	41 620 $
03-00140	VIOL-SECOURS	302 845 $	273 369 $
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETÉ	86 178 $	78 735 $
	SOUS-TOTAL	13 108 182 $	12 510 499 $
Financement par objectifs			
03-05111	ACTION BÉNÉVOLE DE ST-BASILE INC.	4 035 $	3 976 $
03-02022	AIDE À LA COMMUNAUTÉ ET SERVICES À DOMICILE	26 167 $	25 780 $
03-06154	ALLIANCE DES GROUPES D'INTERVENTION POUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE (AGIR EN SANTÉ MENTALE)	64 370 $	63 419 $
03-06019	ARCHE L'ÉTOILE INC. (L')	362 657 $	357 297 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	71 071 $	70 020 $
03-06289	ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISÉS DE QUÉBEC INC.	6 605 $	6 507 $
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	81 340 $	80 138 $
03-06288	ASSOCIATION DES SOURDS DE QUÉBEC INC.	10 780 $	10 621 $
03-06193	ASSOCIATION POUR LA DÉFENSE DES DROITS SOCIAUX QUÉBEC MÉTROPOLITAIN (ADDSQM)	0 $	6 278 $
03-00146	ASSOCIATION Y.W.C.A. DE QUÉBEC	145 558 $	143 407 $
03-06281	ATELIER DE LA MEZZANINE	140 042 $	137 972 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	180 982 $	178 307 $
03-06287	CALACS DE CHARLEVOIX	210 394 $	207 285 $
03-01904	CENTRE AUBERGE DES AINES DE ST-EMILE	6 652 $	6 554 $
03-00038	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE DE QUÉBEC INC.	55 315 $	54 497 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC	2 220 303 $	2 187 491 $
03-06143	COMITE D'ACTION DES PERSONNES VIVANT DES SITUATIONS DE HANDICAP (CAPVISH) (LE)	81 674 $	80 467 $
03-01971	CORPORATION CITÉ-JOIE INC. (LA)	72 696 $	71 622 $
03-06147	ÉCOUTE SECOURS	19 481 $	19 193 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2008-2009	Subvention accordée 2007-2008
Financement par objectifs (suite)			
03-06228	EVASION ST-PIE X (L')	52 464 $	51 689 $
03-06276	FONDATION DE LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE DE L'EST DU QUÉBEC	27 242 $	26 840 $
03-06015	FONDATION FÊTE D'ENFANT DÉDÉ INC.	18 457 $	18 184 $
03-06195	GROUPE DE RECHERCHE EN ANIMATION ET PLANIFICATION ÉCONOMIQUE (GRAPE)	20 681 $	20 376 $
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	384 453 $	378 772 $
03-06252	MAGNIFIQUE INC. (LE)	10 845 $	10 685 $
03-06203	MAISON DES JEUNES L'ÉNIGME DE BEAUPRE	43 955 $	40 676 $
03-05186	PATRO ROC-AMADOUR (1978) INC. (LE)	101 500 $	88 854 $
03-06315	PAVOIS (LE) DE LORETTEVILLE	100 428 $	98 944 $
03-06316	PAVOIS (LE) DE STE-FOY	100 428 $	98 944 $
03-06168	PETIT RÉPIT (LE)	32 746 $	32 262 $
03-03261	POINT DE REPÈRES (1990) INC.	6 000 $	0 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	1 026 232 $	1 011 065 $
03-06150	REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (PORTNEUF-QUÉBEC-CHARLEVOIX)	16 512 $	16 268 $
03-06022	REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA REGION 03	211 663 $	208 535 $
03-06216	REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPÉES DE LA RÉGION 03 (ROP 03)	14 932 $	14 712 $
03-06041	REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC	49 598 $	48 865 $
03-05195	SERVICE D'ENTRAIDE BASSE-VILLE INC.	76 128 $	68 170 $
03-06164	SERVICE RÉGIONAL D'INTERPRÉTARIAT DE QUÉBEC INC.	92 700 $	91 330 $
03-06173	SOCIETE ACTIONS-CHAMBREURS DE QUÉBEC	188 140 $	195 359 $
03-06052	SOCIÉTÉ GRAND VILLAGE INC. (LA)	8 676 $	8 548 $
03-06179	SOCIÉTÉ SAINT-VINCENT DE PAUL DE QUÉBEC (LA) / ROULOTTE LA MARGINALE	33 845 $	33 345 $
	SOUS-TOTAL	6 377 747 $	6 273 254 $
	Total programme de soutien aux organismes communautaires	35 260 606 $	33 472 454 $

Plan d'action régional de santé publique

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2008-2009
Violence, abus et négligence envers les enfants et troubles de comportement des jeunes		
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUÉBEC) INC. (L')	13 697 $
	SOUS-TOTAL	13 697 $
Violence faite aux femmes en milieu familial		
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUÉBEC (LA)	10 981 $
03-02513	MIREPI, MAISON D'HÉBERGEMENT INC.	10 981 $
03-06283	TABLE DE CONCERTATION EN VIOLENCE DE CHARLEVOIX	10 981 $
	SOUS-TOTAL	32 943 $
Toxicomanie		
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETE	32 336 $
	SOUS-TOTAL	32 336 $
Santé mentale		
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	28 321 $
03-06076	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE C.P.S.	17 370 $
03-06092	COMITE PREVENTION SUICIDE CHARLEVOIX	28 950 $
03-06230	FOLIE/CULTURE INC.	57 902 $
	SOUS-TOTAL	132 543 $
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées		
03-00637	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE CHARLEVOIX	3 473 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	17 281 $
03-06206	FADOQ- RÉGIONS DE QUÉBEC ET CHAUDIÈRE-APPALACHES	40 879 $
03-05193	FRATERNITE SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	12 155 $
03-06124	LES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES JEFFERY HALE	23 161 $
	SOUS-TOTAL	96 949 $
Lutte à la pauvreté		
03-00721	CARREFOUR F.M. PORTNEUF	12 158 $
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	13 808 $
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	35 254 $
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUÉBEC INC.	28 167 $
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR	8 501 $
03-06200	SERVICE D'AIDE À L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	29 885 $
	SOUS-TOTAL	127 773 $
	Total	436 241 $

Autres sources de financement

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2007-2008
Activités en santé mentale		
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	67 734 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	88 176 $
03-06076	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE C.P.S.	28 000 $
03-06092	COMITE PREVENTION SUICIDE CHARLEVOIX	7 000 $
03-06272	ÉQUITRAVAIL	228 799 $
03-06109	EVEIL CHARLEVOISIEN (L')	54 560 $
03-06238	LE VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	39 000 $
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ÉCOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	39 000 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	78 640 $
03-06242	SERVICES DE MAIN-D'ŒUVRE L'APPUI INC. (LES)	104 245 $
03-06173	SOCIETE ACTIONS-CHAMBREURS DE QUÉBEC	20 000 $
	SOUS-TOTAL	755 154 $
Autres montants récurrents		
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	41 493 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	101 791 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC	159 060 $
03-06076	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE C.P.S.	94 791 $
03-06124	LES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES JEFFERY HALE	7 971 $
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTE	128 371 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITÉS VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	42 447 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	390 592 $
03-00140	VIOL-SECOURS	53 059 $
	SOUS-TOTAL	1 019 575 $
Programme d'aide aux joueurs pathologiques		
03-06196	CENTRE CASA (1997)	70 843 $
03-06267	CENTRE D'AIDE AUX JOUEURS COMPULSIFS	30 977 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC	30 000 $
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	10 567 $
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THÉRAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	27 474 $
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	47 551 $
	SOUS-TOTAL	217 412 $
Programme d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie		
03-06206	FADOQ- RÉGIONS DE QUÉBEC ET CHAUDIÈRE-APPALACHES	25 000 $
	SOUS-TOTAL	25 000 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2007-2008
Autres montants non récurrents		
03-06044	ASSOCIATION POUR L'INTÉGRATION SOCIALE (RÉGION DE QUÉBEC) (L')	1 250 $
03-06129	C.E.R.F. VOLANT DE PORTNEUF INC.	3 000 $
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	12 000 $
03-02632	MAISON DE LA FAMILLE D.A.C. (DROIT D'ACCÈS CHARLESBOURG)	16 000 $
03-06045	MAISON DE LA FAMILLE DE CHARLEVOIX	2 000 $
03-01874	MAISON DE LA FAMILLE DVS (LA)	75 000 $
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	30 775 $
03-06070	MÈRES ET MONDE - CENTRE DE RESSOURCES POUR JEUNES MÈRES	14 000 $
03-05186	PATRO ROC-AMADOUR (1978) INC. (LE)	25 000 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITÉS VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	1 000 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	193 725 $
03-06249	SERVICE FAMILIAL D'ACCOMPAGNEMENT SUPERVISE	4 000 $
03-02409	VIOLENCE INFO	32 000 $
	SOUS-TOTAL	409 750 $
	Total autres sources de financement	2 426 891 $

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec